الخلاصة الطبية

الكتاب الأول

في

علل الجهاز التنفسي

الخلاصة الطبية

الكتاب الأول

في علل الجهاز التنفسي

تأليف

الدكتور دي برون

مدرّس الطب في كلية القديس يوسف بيروت
احد اطباء المستشفى الافرنسي
طبيب الصحة من قبل الحكومة الفرنسية في سورية
معاون داخلي سابقاً في مستشفيات باريس
مدير الاعمال التشريحية سابقاً في معمل المشاهدات الطبية في مستشفى الرحمة
حائز قصبة السباق في كلية الطب في باريس
احد اعضاء جمعية المشاهدات الطبية
احد اعضاء جمعية الطب العام وقانون الصحة العملي في باريس

قد ترجمهُ تحت ملاحظة المؤلف من الافرنسية الى العربية

خير الله فرج صفير
معاون في المستشفى الفرنسي

بالرخصة الرسمية من مجلس المعارف في ولاية سورية الجليلة عدد (٣١)

مطبعة الآباء اليسوعيين في بيروت سنة ١٨٨٨

مقدمة للمترجم

انّا نعلم والجميع يعترفون بما يبذلهُ من العناية سلطاننا المعظم عبد الحميد خان أيّد الله اركان دولته في توطيد السلم وتخويل النعم لرعاياه مع ما هم عليهِ من اختلاف الطبقات والاخياف. فاسفرت دلائل الدعة ناطقة فثلجت لدولتهِ الصدور وانقادت لها الخواطر وعمت آيات الاستبشار فأخذ كلٌّ يشحذ غرار الفكرة في أمرٍ يكون آئلًا الى ترقي هيئتنا العثمانية. فلما وقف جناب الدكتور دي برُون استاذ الامراض الباطنة في كلية القديس يوسف ببيروت على ما تميل اليهِ الافكار حملتهُ النجدة الافرنسية على جمع ما أدَّت اليهِ المباحث الاخيرة من الاكتشافات الطبيَّة ونشرها في اللغة العربية. فلبَّيت دعوتهُ وان كنت عاجزًا واعملت الفكر في ترجمة ما يلقيهِ على التلامذة من المسائل العلمية والفوائد الجليلة

كل واقف على العلوم الطبية يعلم ما في الترجمة من الصعوبة الكبرى لما ينبغي من التدقيق في نقل الاصطلاحات الجديدة التي ياتي بها علماء هذا الفنّ والعوائق جمَّة. نعم ان العرب قد اعملوا الفكر في العلوم الطبية كما انهم اعملوه في غيرها الَّا ان اقوالهم لا تزال متفرقة لا يستطب امر جمعها ولا المطابقة بينها وبين الاكتشافات الحديثة الَّا بعد تجشم المشاق وامعان الفكرة طويلًا. وليس في وسع الواحد ان ينجز وحده مثل هذه الاعمال اذ لا بدَّ من وضع بعض اصطلاحات جديدة تقرّب المعاني وتعرب عن اسرارها يكون

اخذها اما عن اللغات الاوروباوية واما عن العربية نفسها واما عن نحت جديد يؤدي بهِ المراد. ونحن على يقين ان اللغة العربية لما كانت غنية الالفاظ كثيرة الاوضاع دانية الملتمس اتاها الامر عفوًا صفوًا بفوائد جمّة تفتح مقفل جلّ المشاكل الطبية

فقبل ان اقدم على هذه الترجمة تصفحت تآليف جليلة من القديمة اخصها قانون الطب لفريد عصره طبا وفلسفةً الشيخ الرئيس ابن سينا ومن الحديثة جلّ ما ابرزتهُ المدرسة المصرية من التآليف المفيدة

الّا اني مع ذلك لم ارَ بدًّا من وضع بعض اصطلاحات اشير اليها في آخر هذا المجلد في جانب ما يوافقها من الافرنسية كما انهُ في عزمي ان احذو هذا الحذو في سائر المجلدات التي اعربها ان وفق الله على التوالي .
وانا التمس من الاساتذة الاطباء ان لا يضنّوا بما يقفون عليهِ من النفائس والاصطلاحات المفيدة ولا يولوني غير يد الجزاء

انا لا اشك في ان يكون لهذا التأليف وقع كبير لدى من يقف عليهِ لسعة رواية مؤلفه وجودة نسقه وحداثة معانيه وجدة اكتشافاته فان منها ما هو مقتطف عن اقوال اعظم علماء باريس ومن جملتهم المؤلف الذي كان مدير معمل الاستاذ جاكود في مستشفى الرحمة . ومنها ما هو مأخوذ عن اكتشافات قريبة العهد قد ادرجتها الجرائد اخيرًا منذ بضعة اشهر .
ولقد طالما نقب الاطباء في الامراض الرئوية ولم تأتِ مباحثهم بما يوافق الامل الى ان ظهرت اكتشافات الانبوبيات الدرنيّة فأتت بفوائد جليلة لا

يستغني الطبيب عن الوقوف عليها . وسترى كل شيء مندرجاً في بابه في هذا المجلد الذي قسمناه الى اربعة فصول كل فصل يحوي من المباحث ما تقف عليهِ عند المطالعة . هذا والله سبحانه أسأل ان لا يضنّ عليّ بسوابغ افضالهِ فهو حسبي واليهِ أنيب

خير الله فرج صفير

معاون في المستشفى الفرنسي

الكتاب الاول

في امراض الجهاز التنفسي

الفصل الاول

في

علل الحُفرتين الانفيتين

المبحث الاول

في الزكام وفيهِ مقصدان

الزكام التهاب يعتري الغشاء المخاطي الانفي ويكون اماً حادًا واما مزمناً

المقصد الاول

في الزكام الحادّ

١ٌ الاسباب . ان الزكام الحادّ يتأتى في غالب الاوقات عن اسباب بادية منها البرودة التي تعتري الرأس ولاسيا الرجلين . ومنها تناوب البرودة والحرارة على الجسم مماَ يدلنا على كثرة حدوثه في فصلي الخريف والربيع . ومنها ما يدخل في الانف من الاجسام الغريبة كالهباء والابخرة الحرّيفة والغازات والانبعاثات التي تتصعد عن مسحوق عرق الذهب او عن بعض الازهار او عن التبن ممّا يهيج رأساً غشاءهُ المخاطي

قد يحدث الزكام عن اسباب بدنية موضعية فاذا ما اتصلت الى

الانف أثرت فيهِ كالتهاب اللوزتين وملتحمة العين واورام مجاورة لهُ كالبواسير الانفية الحلقية او علل الشفة العليا كالقوبا القشريّة الرطبة والقوبا الصفراء

وكثيرًا ما ينشأُ الزكام عن بداية مرض عام يكون اما حادًّا كالتيفوس والحصبة والحمّى التزلية وأما مزمنًا كالدائين الزهري والخنزيري

وقد ينشأُ ايضـًا عن اخذ بعض الادوية اخصهـا يودور البوتاسيُم والاستحضارات اليودية

ان الزكام مُعدٍ لانهُ فضلًا عمَّا نتبينهُ من المشاهدات الطبية فان وجود الجُسيمات في الافراز المخاطي مما يأذن بتقرير نوعيته وعدواه

واما اصابتهُ للاطفال والشبّان فاكثر منها للشيوخ

٢ً التشريح المرضي . ان الآفات التي يمكن مشاهدتهـا في الزكام بتوسط المرآة الانفية انما نراها كأنها المسببة عن التهاب نزلي وهي : حُمرة الغشاء المخاطي وورمهُ وانتفاخهُ ثم التناثر في بشرتهِ . وقد يعتريه احيـانًا سحجٌ طفيف فيقطر الغشاء المخـاطي سائلًا صافيًا ملحًا حرّيفـًا يتكوَّن عن المصل الدموي خصوصًا . وقد تحدث أترفة عن انفجار الاوعية الصغيرة الّا انهُ قلما يُعبأُ بها . ثم يصير الافراز غليظًا لزجًا صديديًا ترى فيهِ بالمنظـار المعظم كثيرًا من الكريات البيضاء

٣ً اعراضهُ . وفيها ثلاثة ادوار : الاول . ان بدء اعراضهِ دغدغة او نخزٌ في الحفرتين الانفيتين يصحبه جفـاف وانسداد المنخرَين . فيبـدأ المريض يعطس عطـاسًا متواصلًا يعقبهُ احيانًا رُعاف ثم صُداع يتولّد عن

الالتهاب الذي يمتدّ الى الغشاء المخاطي المغشي للجيبين الجبيين.وقد يشعر المريض بقشعريرات طفيفة وحمّى خفيفة وانحراف عامّ

الثاني وهو النجاجة . يعقب الجفاف الابتدائي سيلان غزير صاف حرّيف من مقدّم الانف فيقع على الشفة العليا فيلذعها فتصبح غالباً حمراء منتفخة متألمة الوسط . فيضطرّ العليل والحالة هذه الى كثرة التمخّط لما يعتري الخرتين الانفيتين من الانسداد وذلك لغزارة ما ينزل من المادة المخاطية فيؤدي هذا الى فقد حاستي الشم والذوق معاً

قد يمتدّ الالتهاب الى الاغشية المخاطية المجاورة فيصيب المجرى الدمعي فينتفخ غشاؤه المخاطي وينسدّ فينقطع جريان الدمع في مسالكه الطبيعية فيرشح على المقلة فتكتسب العينان لمعاناً والعليل يصبح ذا منظر خاص يمتاز بهِ

لمّا كان بوق اوستاخيوس ممتدًّا الى الخياشيم فقد يبلغ الورم اليهِ فينسدّ فيُحدث دويا في الاذنين وصمماً طفيفاً

وقد تمتدّ العلة الى الحنجرة فتحدث فيها التهاباً حادًّا يتصل الى الشُعب

وفي هذا الدور تستمرّ الاعراض العامة بل تزيد على ما كانت عليهِ وتضعف شهوة الاكل ويصير الكرب عاماً مزعجاً ذلك اذا ما اشتدت العلة

الثالث وهو النضج . تنقص فيهِ الاعراض العامة فيتغير الرشح ويصير غليظاً مرناً يعقبهُ خنة وضيق في التنفُّس ينشآن عن غلاظة المادة المخاطية التي تحجب مرور الهواء المستنشق وتغيّر الصوت . ثم تأخذ هذه الاعراض

في الهبوط فينقطع السيلان شيئاً فشيئاً وينتهي المرض في زهاء خمسة او ثمانية ايام

٤ً السير والانتهاء . اما بالنظر الى سيره فلا بدّ من الالتفات الى ما يتخلل المرض من الزيادة والنقصان اذ قد يعتوره فترات ونوب حقيقية اما انتهاؤه فيكون اولًا بانحلاله . ثانياً بانتقالهِ الى المزمن . ثالثاً باحداثهِ التهاباً في الحنجرة ثم في الشُعَب . رابعاً بامتداده الى الجيبين الفكيين فينتفخ غشاؤهما عند فوهتيهما فتنسدّان فيحدث عن ذلك استسقاء الجيبين مع كل ما يعقبهُ من النتائج المزعجة

٥ً الانذار . ان الزكام هذا هو بالعموم سليم العاقبة قلما يستدعي علاجاً . الّا انهُ اذا كان المريض طفلًا رضيعاً فقد يشتدّ بهِ الامر بحيث يسدُّ انفهُ ويمنعهُ عن التنفُّس وقت امتصاص الثدي محدثاً فيهِ نوباً قد يؤدّي بها الى الوقوع في الخناق عندما يبتدئ الطفل بالرضاعة . والزكام قد يكون شديداً في الذبحة الغشائية اذ يُنشئ فيها والحالة هذه نوعاً آخر معدياً

٦ً التشخيص . تشخيص هذه العلة سهلٌ في العموم الّا انهُ لا بدّ من تمييزها وعدم خلطها بالنزلات السريعة الزوال التي تعتري الغشاء الانفي بكثير من العطاس المتواتر والمسببة اما عن التعرُّض لمجاري الهواء البارد واما عن تنشق موادّ زكية الرائحة

لا تذهل عن ان تُحصي بين انواع الزكام الدليلية الالتهاب الانفي الشعبي التشنجي اي الحمَّى التبنية وزكام الذبحة الغشائية اي الزكام

الدفتيري. فالاولى التي يجتمع فيها اعراض التهابية وعصبية تختص باصحاب داء النقرس والربو ويكثر حدوثها في فصل الربيع واوائل فصل الصيف. وهي تمتاز بنزلٍ انفيّ وسيلانٍ غزير وعطـاس متواصل ونخز اعين وأرق وصداع وألم رأس وقد يرافق جميع ذلك حمّى طفيفة

اما زكام الذبحة الغشائية فيمتاز برشح كريه الرائحة مدمّى ترافقه حالة عامة ثقيلة تدلّ على ان الالتهاب الانفيّ انما هو دليل موضعي على علـة من أثقل الامراض المعدية

٧ً العلاج . اذا كان الزكام طفيفاً فلا حاجة الى مداواته بغير الانتظار . فان اعترى العليل ما يكدره من سوء حال او من حمّى طفيفة فعليهِ لزوم البيت وان احوج الامر فلزوم الفراش

ومما يفيد أخذ وسائط لتعريقه اما بتغطيتهِ باغطية موافقة واما بسقيهِ منقوع الزيزفون او لسان الثور او معرّق آخر

أما ما يوصف من طلي الغشاء الانفي بمحلولات نترات الفضة الخفيفة وكبريتات الخرصين او كبريتات النحاس وما يوصف ايضاً من استنشاق اليود وروح النشادر والحمض الخليك والكافور فكل ذلك قد تركته بعد الامتحان اذ لم ارَ فيهِ فائدة البتة فضلاً عمّا في استعماله من الصعوبة . وكثيرًا ما نجحتُ بوصف التبخُّر بماء البلسان وماء الخبَّازى . ثم اذا اشتدّ تهيج المنخرَين والشفة العليا فيمكن تخميده بطلي كل منهما بجسم دسم كمحلولات النشاء

المقصد الثاني

في الزكام المزمن

٨ً الاسباب . اعلم ان الزكام المزمن اما انهُ يعقب الزكام الحادّ او يكون نتيجة آفات عميقة وتشوّهات تعتري الحفرتين الانفيتين او نتيجة مرض عام كالداءين الخنزيري والزهري . وقد يكون ايضاً عن السراجة

٩ً التشريح المرضي . ان الزكام المزمن يكون اما بسيطاً واما قرحيًّا

اولًا . الشكل البسيط . يكون الغشاء فيهِ احمر قاتمًا متضخمًا والسحاقُ متثخنًا . وعلاوة على ذلك فان سطح الغشاء المخاطي قد يكشف عن نتوءات اذا زادت حجمًا ضيقت تجويف الحفرتين الانفيتين سيما تجويف الجيوب المشتركة فيهِ

ثانيًا . الشكل القرحي . يشاهد فيهِ قروح متمايزة امتدادًا وعددًا وهي تكون في البداية سطحية الَّا انها قد تتدرج كبرًا فتبلغ سماكة الأَدَمة فتعرّي العظام من سحاقها وتحدث فيها نخرًا

١٠ً الاعراض . الاعراض العامة قد تكون في غالب الاوقات مفقودة غير ان التنفُّس يصير صخبًا متعبًا . ويبدو في الصوت خنة ويختلف المُفرَز باختلاف المرضى . فتارةً يسيل شديد الغزارة قليل العلاطة وهو المسمّى بالنزلة الانفية . وأُخرى يكون صديديا غليظًا شديد الاتحاد قليل

الفزارة يتجمّد جزؤه الاسفل في المخزين

اما بعض المرضى فيمتاز الزكام المزمن فيهم برعاف متواتر يكون نتيجة تقرُّحات اقية . وهي تشاهد اذا استقرّت على اجزاء الانف السفلى اما اذا تمكنت من اعاليهِ فلا تشاهد الّا بتوسط المرآة الانفية . وعند مشاهدتها ترى مغشاةً تارةً بمخاط طفيف وأُخرى بطبقة صديدية بين قليلة الفزارة وكثيرتها

وقد يتكوّن هذا الصديد او المخاط المتجمّد عن قشورٍ توجب أكالًا يحمل العليل على الحكة وسحج الاعضاء المصابة . وقد تصير هذه القروح اصلًا للحُمرة الوجهية

وقد يصاب هيكل الانف نفسه فيتكوّن عن ذلك قِطع نَخِرَة . فاذا استقرّت في وسط الانسجة المصابة تكوّن عنها تقيح كريه الرائحة يسمونهُ أُوزونا اي نتنًا . فاذا أُخرجت هذه القِطع حصل في الانف تشوهات اكثرها حدوثًا فطسةُ قبوةِ الانف لكسر الحاجز الانفي وزواله . وهذه الآفة انما تشاهد في الزكام الزهري وقلّ ما تشاهد في الزكام الخنزيري

وقد يتصل الالتهاب العظمي الى هيكل قبوة الحفر الانفية فيصيب النخر عظمَي المصفاة والخفاش فيحدث عن ذلك التهاب في السحايا (١)

قد وصف الدكتور دينوسيوس احد اطباء مستشفيات باريس نوع زكام متواتر في أقصى تجويف الحفرتين الانفيتين وسماهُ بالزكام المتأخر .

---

(١) طالع ما قالهُ فورنيه في مجموع امراض الاذن والحنجرة سنة (١٨٨٠)

وهذا النوع يمتاز بشعور كربٍ وارتباك وراء الغاصمة فتسدّ المادة المخاطية فوهة الانف الداخلة فيأخذ العليل والحالة هذه يجتهد في فصلها وقلعها ما امكنهُ . اما بحركات البلع المتكررة واما برشفٍ صخب متواتر ومستطيل . وهذا النوع من الزكام يرافقهُ الخناق الغددي وقد يمكن ان يكون منعزلاً عنهُ

١١ السير والمدة والانتهاء . ان مدة الزكام المزمن طويلة جدًّا . وسيره المتواصل هو في غالب الاحيان متقطع لعروض التزايد عليهِ . واذا شُفي العليل فلا يكون شفاؤُه الَّا عقب معالجة طويلة وهي غالباً لاتنجع لقصورها عن مداركة ما قد يحدث من الاحوال الثقيلة التي تقدم ذكرها

١٢ التشخيص . تشخيصهُ سهل الَّا انهُ لا بدَّ بعد معرفتهِ من التبحث عن علته اذ بدون الوقوف عليها لا يكون العلاج صوابيًّا ولا نافعاً

١٣ العلاج . ينبغي ان يكون العلاج موضعيًّا وعامًّا . اما الموضعي فيتوقف على الكيّ بنترات الفضة المتجمدة اي حجر جهنم او بمحلول ثاني كلورور الزئبق بمعدل ١/١٠٠ او بمحلول نترات الفضة بمعدل ١/١٠٠٠ . وقد نجحتُ باستعمال السعوط المأخوذ عن الكافور والعفص والشبّ والكالوميلاس باجزاء متساوية .

وقد وصفتُ مراراً الدّهن بصبغة اليود فجاءت غاية في النجاح

اذا كان العليل يشعر بألم فالاجدر بهِ استعمال دهان الكالوميلاس بمقتضى الدستور . وان شُوهد نتنٌ في الانف فينبغي استعمال زُروق بمحلول

حمض الفينيك بمعدل ٠ر١٪ او الاحسن استعمال محلول الكلورال بمعدل ١/٢٠٪ . وبعد كل زروقٍ ضع في المنخر العليل سدادة من قطن بعد ان تغمسها بالمعجون الآتي وهو ان تمزج عشر غرامات من الفازلين وغرامين من اليودوفُرم . واذا أوصلك الاستقصاء بتوسط الميل الى وجود قطع نخرة متحركة فينبغي لك من الضرورة ان تستخرجها في الحال

اما في المعالجة العامة فينبغي ان تعالج السبب الفاعل . فان كان العليل صبيًّا لينفاويًا فصف له المقويَّات والاستحضارات الحديديَّة . وان كان مصابًا بداء الخنازير فينفعهُ زيت السمك والاستحضارات المقويَّة واليوديَّة . وان بالداء الزهري فيودور البوتاسيُم والاستحضارات الزئبقية

المبحث الثاني

في الرعاف

الرعاف نزف ينحدر عن الغشاء المخاطي الانفيّ وهو كثير الحدوث لما لاوعيتهِ الكثيرة من الضعف والهشاشة

١٤ الاسباب . ان اسبابه من كونها كثيرة يجدر بنا ان نرتبها على ثلاثة اقسام وهي : ١ً الرعاف عن فساد الاوعية . ٢ً عن فساد الدم . ٣ً عن فعومة الدم

اولًا . الرعاف عن فساد الاوعية . اسبابهُ : الرضّ الجرحيّ الذي يقع رأسًا على الغشاء النخامي . وكسر عظام الانف وقاعدة القحف مع

تشظّي المصفاة او الخفاش . ثم قروح هذا الغشاء وأورام الحفرتين الانفيتين كالبواسير والاورام الليفية والمحمية والبشريّة المخاطية مما تهيجهُ مراراً

ثانياً . الرعاف عن فساد الدم . ان الرعاف عن فساد الدم هو من اعراض جميع الامراض الوبائية التي تحدث فساداً في الدم وهي اما حادة كالحمّى التيفوديّة والتيفوس والحصبة والجدري والقرمزيّة ونحوها . واما مزمنة كالتسمم القياضي والانهزالات العامة وزيادة الكرات البيضاء في الدم وامراض الكبد واليرقان . اما الرعاف عن التهاب الكليتين والفرفورة ورهافة الدم فمن المرجح ان سببهُ انما هو عن فساد الاوعية والدم معاً

ثالثاً . الرعاف عن فعومة الدم . اذا كثرت كمية الدم في أوعية هذا الغشاء تفجّر الدم الى الخارج غير ان السبب فيهِ لا يكون على وتيرة واحدة في جميع احواله . فقد يكون التهيّج الذي ينشأ عنهُ النزف اماً فاعلياً لزيادة ما يرد الى الغشاء من الدم . واما انفعالياً لعروض ما يوجب نقصاً في المصروف وبقاء الورود على ما كان عليهِ

فيختص بالفاعلي الرُعاف المعوّض للطمث او للبواسير . والرعاف المتأتّي عن زوال امراض جلديّة وهو نادر . والرعاف الذي يحدثهُ التعرُّض الى الشمس او البرد او التغيُّر في الطقس او الضغط الهوائي . ومنهُ ايضاً ما يحدث في نشأة بعض امراض عامّة كالحمّى التيفوديّة والحصبة

اما الرعاف الانفعاليّ فهو نتيجة جميع الاسباب التي تعيق خروج الدم من الاوردة الودجية كاورام العنق او الحجاب المنصف او الامراض القلبية

وعلى الخصوص آفات الصمامة الثلاثية والالتهاب المزمن لعضلات القلب. والرعاف كثير الحدوث في الاطفال والشبان

١٥ الاعراض . ان اول اعراضهِ النزف وقد يسبقهُ دلائل . منها الصداع ومنها الشعور بثقل في الجبين الجبهيين ومنها احيـــانًا اعتراء دوار خفيف او ورود حرارة غير ان هذه الدلائل قد تسبق على الخصوص الرعاف الفاعلي . ولكن سبقت هذه الدلائل او لم تسبق فالنزف لهُ اعراض أُخرى وهي ان يجري الدم من المنخرَين ولونهُ احمر ناصع . وقد يكون جريانه قطراتٍ لضعفٍ لايمكنهُ من الجريان خيوطاً . فيكون تارةً من طاقة واحدة وأُخرى من الطاقتين . وقد ظنَّ البعض ان الرعاف الناتج عن الآفات الكبدية انما ينسكب من الطاقة اليمنى

قد يكثر النزف وتغزُر مادتهُ فيرجع الدم الى أقصى الخياشيم فيدخل تارةً في الفمَّ متتبعاً قوائم اللهاة وتارةً في الحنجرة فيصيب القصبة الهوائيـــة والشُعَب . وطورًا ينحدر على طول البلعوم والمريءْ فيبلغ المعدة . فان كان المريض مستلقىً رجع الدم كلهُ الى اقصى الخياشيم متتبعاً احد ما ذكرناه من المسالك فيشكو العليل لغفلته انهُ قد تفل أو نفث أو تقيَّأَ دماً . وعليـــهِ فيترتب على الطبيب ان يتحص دائماً الحفرتين الانفيتين كل مرة اضطرَّ الى معالجة النزف الفمّي او الرئوي او المعديّ . ذلك عندما لا يتبيَّن تغيُّرًا او آفة في الاعضاء المذكورة

اما كمية الدم المنبعثة فتختلف جداً . على انهُ في الاحوال الخفيفـــة

يقف النزف بعد انسكاب قطرات قليلة اما في الاحوال الثقيلة قد تبلغ الكمية المنبعثة من ٢٠٠ الى ٢٥٠ غراماً ونيفاً . اما اذا تكرّر الرعاف مرّات وكانت الكمية وافرة فيصبح العليل كامد اللون ضعيفاً يعتوره سدَرٌ وهويٌ ودوار وغشيان ايضاً كما يحدث عادةً عند فقد كمية وافرة من الدم

١٦ السير والمدة والانتهاء . قد يكون الرعاف مرة واحدة . اما بالنظر الى الاشخاص المستعدين لنزف الدم قد يكون عندهم لاقلّ سبب . لانهُ قد يُحدثه فيهم اقلُّ عناء يتجشمونه في التمخُّط والعطاس ذلك لانحلال العلّة السادّة لمجراه . ومن الرعاف ما يتكرّر نوبًا ومنهُ ما يحدث زمان الحيض

١٧ التشخيص . تشخيص الرعاف لايصعب الّا اذا كان النزف غزيرًا فينحدر الى أقصى الخياشيم ليطرَح بعد زمان على سبيل النزف القمي أو المعديّ أو الرئويّ . فان كلًّا من انتفاء الاعراض القمية والمعديّة والشُعبية ووجود الخثرات الانفيـة والتفحُّص العميق والتفتيش المدقق في احوال المريض السابقة ممّا يعين على ترجيع هذه الاعراض الى علّتها الحقيقية . فان أهمّ أمرٍ في التشخيص لايتوقف على معرفة ساذجة للرعاف بل على الوقوف على سببه وهو أهمُّ شيء بالنظر الى الانذار والعلاج

١٨ الانذار . لايكون في العموم شديدًا . الّا انهُ قد يختلف لاختلاف كمية الدم المنبعثة وبنية العليل . فالرعاف حادث غير مهمّ في ذاتهِ لان الثقل فيهِ انما يتوقف على السبب الذي يحدثهُ . فالذي يحدث في بدء الحصبة

والحمّى التيفوديّة ليس لهُ كبير اهمــية وهو يدل فقط على حدوث نزل على سطح الغشاء المخاطي الانفيّ . اما حدوثه في بدء الجدري فمهم لدلالته على تغير ثقيل في الدم يوهم بوقوع شكل دموي يُعرف بالجدري الاسود

اما في رهافة الدم فثقيل وقد اورد الطبيب كرانديديه احد عشر حادثًا مات فيها من اصابهُ رعاف لخالي مدة هذا المرض . وأمَّا في الرضّ الجرحي فقلّ ما يعبأُ بهِ اذا ما كان نتيجة رضٍّ أصاب رأسًا الحفرتين الانفيتين. لكن اذا كان عقيب سقطة على القذال او الجبهة أو قمة الرأس وكان والحالة هذه غزير الانسكاب فهو من أنطق الادلة على حدوث كسرٍ في قاعدة القحف. ولا يخفى ان سيــلان الرعاف قد يكون من الاحوال التي تنفع كالرعاف الذي يعيض عن الحيض

١٩ العلاج . اذا كان الرعاف طفيفًا فيكفي وضع لفائف مبرّدة على الانف أو استعمال زروق بمــاء بارد . ومن الاطباء من يصف حَقْن الانف بالماء السخن . وقد ينقطع السيلان اذا ما سُدَّ المنخر ورُفعت اليد المقابلة عموديًا (١)

اما اذا كان الرعاف ثقيلًا فلا بدَّ من استعمال الادوية الحابســة له وهي اما سائلة واما مسحوقة . فالادوية السائلة ينبغي استعمالها حقنًا وذلك اما صرفًا واما مخففة

من الاطبــاء من يصف بركلورور الحــديد اما انا فـلا اذهب الى

---

(١) نكريه في السجلات الطبيَّة العامة (١٨٤٢)

استعماله الّا بما قلّ مع ما يمكن من الاحتياط اذ قد يتكوّن عنهُ خشكريشات اذا اتفق ان تنقشر أحدثت نزفًا اشدّ ثقلًا من الاول . ولهذا فاني افضل معالجتهُ بروح الترمنتينــا لانهُ فضــلًا عن كونهِ غير كاوٍ فهو من أقوى المجمدات . وصورة استعمالهِ : ان تأخذ نسالة تغمسها فيهِ ثم تعصرهــا ثم تضعها في اقصى الخرتين الانفيتين فينقطع السيلان ويصبح العطاس الذي من عادتهِ ان ينشأ عن مثل هذه الادوية غير قادر على إحداث الرعاف

فاذا تعذّر عليك الحصول على مثل هذه الادوية فعليك بالخــل او العرق أو الكحول

اما الادوية الحابسة المسحوقة فمنها العفص وعلى الخصوص القلفونيا . فان استمرّ النزف فلا بدّ من سدّ الخياشيم حينئذٍ بمســبر بلُوك . اما في الاحوال الثقيلة فيمكن وضع محجامات جافة وضمادات خردلية على الاعضاء السفلى وعصب الاعضاء الاربعة على قوائمها عصباً بين رخوٍ وشديد لايمنع جريان الدم الشرياني ويمنع رجوع جانب من الدم الوريدي

فان كان الرعاف نوبًا فيجدر بك استعمال كبريتات الكينين مهما كان المذهب في اصل الرعاف سواء تأتّى عن التسمُّم الآجاميّ او غيره . وبعد انقطــاع الرعاف ينبغي تقوية العليل بوصف ادوية تجدد الدم فيــهِ كالاستحضارات الفُسفاتية والحديدية

الفصل الثاني

في امراض الحنجرة

المبحث الاول

في تشريحها

اعلم انهُ لما كان الوقوف على تشريح الحنجرة مما يعاون على استيعاب ما يعتريهـا من الامراض كان من المهم ان نأتي بتشريح هذا العضو معا لاجزائهِ المختلفة من الوظائف

الحنجرة عضو خلق آلـة للتنفس بادخالهِ الهواء الى الرئة واخراجه اياه وللصوت بما أُعدَّ فيهِ من بديع الآلات الدقيقة . ولها غضاريف كثيرة نظير القصبة الهوائية المكملة لها

اما مركزها ففي الجزء الاعلى منها . واما غضـاريف هيكلها فتختلف اتساقاً عمَّا للقصبة من الغضاريف ذلك بما أُعدَّ لها من الوظائف المهمة. فمنها الغضروف الحلقي الكائن في أسفل الحنجرة ولهُ ما لغضاريف القصبة من العمل الّا انهُ يختلف عنها بكبر حجمهِ . وهو العضو المجوث عن حافتهِ السفلى عند المباشرة بقطع القصبة كما انهُ لابدَّ من الوقوف عليهِ وشرطهِ عموديا عند قطع الحنجرة

تشاهد فوق هذا الغضروف من امامهِ الغضروف الدرقي وهو يُبدي نتوءا ظاهراً تسميهِ العامة بتفاحة ادم . ومن ورائهِ غضروفان صغـيران جزيلا الخفَّة وعظيما الاهمية ينكبان على حافة الغضروف الحلقي العليا وهمـا

الطرجهاريان . ثم يتصل بباطن الغضروف الدرقي من قدام رباطان عضليا التركيب وليفياه تدعم اطرافهما الخلفية بالطرجهاريين اللذين يقصيان او يقربان المطاوي العضلية الغشائية. ذلك لما لهما من الخفة السريعة والحركة المنبسطة . وسوف ترى وظيفة كل من هذه المطاوي

ولا يخفى ان باطن الحنجرة يكسوه غشاء مخاطي يتصل من اسفل بغشاء القصبة الهوائية ومن اعلاه بغشاء اقصى الفم

اذا ما فتحت الحنجرة شاهدت ما ذكرناه من المطاوي مكوّناً لتنوّات من كل جهة في الغشاء المخاطي . وهذه المطاوي التي يغشيها الغشاء المخاطي تُسمّى بالاوتار الصوتية . وهي اربعة اثنان من الجهة السفلى والآخران من العليا . الّا انها غير متساوية الاهمية لان الصوت انما يتكوّن على مساواة الوترين الاسفلين . فاذا تفحصت بالمرآة الحنجرية رأيت عياناً انهما ينضمان عند رفع الصوت ويتجافيان عند التنفُّس لتدخيل الهواء الى الرئة . أما المسافة المثلّثة الشكل التي هي بينهما وبين الطرجهاريين فهي ما يسمونها بالزمار الذي يتمّ الصوت فيهِ . وما بقي من الاجزاء هي سند او جهاز محرّك للمزمار ليس غير . اما الوتران الاعليان فخلقا لتقوية الصوت وتنويعهِ وعليهِ فان حافتيهما السفليين تبتعدان عن جدران الحنجرة ابتعاداً يتكوّن عنهُ تجويف صغير فوق كل وترٍ اسفليّ يُعرف ببُطَين مورغاني والغرض منهُ تقوية الصوت وامداده

يؤخذ مما قدمناهُ ان كل آفة تعترى الوتَرَين الاسفلين تُبدئ تغيُّرًا في

الصوت . اما آفة الوترين الاعليين فلا تؤثر فيهِ ما لم تكن عظيمة كما اذا زادا حجماً بحيث تتصل حافتهما السفلى الى الوترَين الاسفلين فتوقف اهتزازاتهما إيقاف جرسٍ محرَّكٍ أو كاس من بلّور وضعتَ اصبعك عليهِ

اما بالنظر الى الامراض فتنقسم الحنجرة الى جزئين . الاول يتوقف على المزمار وحده والآخر على ما فوقهُ من الحنجرة . ولما كانت تغييرات الصوت من خصائص الجزء الاول كان من مميزات الثاني اضطراب الحسّ . وعليهِ فاننا نرى هذا الجزء الثاني الذي نسميهِ بمدخل المزمار أو بما فوقهُ يمتاز كثيرًا بالخيوط العصبية الحسَّاسة التي تنتهي اليهِ . ولا غروَ ان هذه الشعبة الدقيقة التأثُّر انما خلقَت لحفظ المزمار وصيانتهِ مما يمكن دخوله في الحنجرة من الاجسام الغريبة . واعلم انهُ عن هذا الحسّ اللطيف ينشأُ السعال عند وقوع بعض الاغذية او المشروبات في القناة الحنجرة

اما الغشاء المخاطي عند الوترين الاسفلين فهو شديد الصلابة مندمج يلتحم جيدًا بالنسيج الذي تحتهُ . ولكن في القسم الاعلى منهُ يصلهُ بما تحتهُ نسيج خلويٌّ متوسط الرخاوة وذلك مما يعرب عن سهولة الارتشاحات والاوزيما وكثرتهما في مدخل المزمار وعن ندورهما في ما تحتهُ . اما مدخل المزمار فينتهي من الجهة العليا بصمامة تدعى لسان المزمار ووظيفتها ان تنخفض فتسدّ الفوهة المزماريَّة وقت الازدراد منعاً لدخول اللقمة الغذائية في الحنجرة ثم تنفتح بعد الازدراد وينتصب لسانها فتبقى فوهة المزمار مفتوحة لدخول الهواء وخروجه

وعلاوة على ذلك فان الطرجهاريين مرتبطان بلسان المزمار بعطوَيين يندعمان بجانبيه وهما الرابطان لهما بلسان المزمار . فان ما لنسيجهما الخلوي من الرخاوة ينبئ عن اختصاصهما بالاوزيا الحنجرية

لمَّا أنجزنا الكلام في ترتيب الغضاريف الحنجرية وما يكسوها من الغشاء المخاطي كان الجدير بنا الآن ان نبين انتظام عضلاتها واعصابها وما لها من المفاعيل . وعليهِ فيمكن تقسيم عضلات الحنجرة الى ثلاثة اقسام

الاول يتألف من العضلتين الحلقيتين الطرجهاريتين الخلفيتين وهما عضلتا التنفس وغايتهما تجافي الاوتار الصوتية عند مرور الهواء وابقاء المزمار مفتوحاً مدة التنفُّس . فاذا تقلَّصتا صادَمتا على شكل صمامتين ما لشفتي المزمار من الميل الطبيعي الى الانضمام عند استنشاق الهواء . وهذا الامر لابدَّ من حدوثه عندما يعتريها شلَلٌ

الثاني يتركب من الحلقيتين الطرجهاريتين الجداريتين ومن الطرجهاريَّة ووظيفتهما ان تسدَّ المزمار منعاً لخروج الهواء اذ لابدَّ من وجوده في القفص الصدري سنداً للعضلات المندعمة بهِ عندما يتحرَّى المرء دفع شيء او يتكلف مشقَّة

الثالث تختصُّ بهِ العضلات الصوتية وهي الحلقيتان الدرقيتان والدرقيتان الطرجهاريتان . وموقع الاخيرتَين في ثنية الوترين الصوتيين الاسفلين فاذا ما تقلصتا شدَّتا هذين الوترين وزادتاهما غلاظة . اما

الحلقيتـان الدرقيتان فتشدّان الاوتار الصوتية على غير الاستقامة بعطفهما الدرقيّ على الحلقيّ

ثم ان العضلات الحنجريّة تتحرّك بتوسط الراجعتين والعصب الحنجري الظاهر . على ان ترتيب الراجعتين ومرور اليسرى تحت الابهر الذي تكتنفهُ نظير حزام ثم مجاورتها لهُ وللعقد الشعبية مما ينبئنا عمَّا تبديه انورسما الابهر والتهاب هذه العقد من التغيُّرات في الصوت . فعلى الطبيب والحالة هذه ان يلتفت الى اورام الحجاب المنصف في تشخيصه لاكثر الامراض الحنجريّة



المبحث الثاني

في التهاب الحنجرة وفيهِ مقاصد

المقصد الاول

في الالتهاب الحادّ

٢٠ الاسباب . اعلم ان هذا الالتهاب قد يتولّد عن علل بادية منها اعتراء الحلق دفعةً برد شاقّ وشديد التأثير . ومنها تبرُّد الارجل طويلًا . ومنها الانتقال من الهواء الحارّ الى البارد وهو المعرب عن كثرة حدوثه في الاماكن الرطبة . ومنها تأثير الفصول الذي من شأنهِ ان يجعلهُ عداداً اي كثير الحدوث في ايام الربيع والشتاء . ومنها الافراط في شرب الكحولات ودخول الابخرة الحارّة الحرّيفة في الحنجرة سيما دخان التبغ . وأضف على ذلك العناء في رفع الصوت وإدامته وهو يشير الى كثرة

اصابته الخطبـاء والكهنة ومحاميّ الدعاوي وغيرهم من الاناس الذين تحملهم وظيفتهم على مداومة رفع الصوت

اما الاسباب البدنية فتنشأ اما عن وباء واما عن مرض قد اعترى الاعضاء المجاورة للحنجرة . فالامراض الوبائية هي في الغالب الحمّى النزلية والحصبة والجدري. فان الالتهاب هذا في المرضين الاولين وان كان نوعيًّا فلهُ مع ذلك ما للامراض النزلية من المجاري والاحوال . اما في الجدري فهو عبـارة عن بثور متقيحة تتكـوَّن على سطح الحنجرة فتهيج حولهـا التهاب الغشاء المخـاطي محدثة نزلةً حنجرية لاتنتهي الاَّ باندمال هذه البثور

اما الامراض التي تعتري الاعضاء المجاورة للحنجرة فهي الالتهـابات الحلقومية والشعبية وعلى الخصوص الزكام. ثم حُمرة الوجه اذا ما امتدَّت الى المسالك التنفسية اهاجت نوعاً من الالتهاب الحادّ قد أحسن وصفـهُ الدكـتور سترَوس والعلاَّمة ستـكلِر احد اصدقائي ورفقـائي اذ كنت معاونًا في المستشفى . ولا يخفى ان الاعراض تختلف بين الصبيّ واليافع لكن الذي الكلام فيهِ الان هو الالتهاب المنوط باليافع . أما التهاب الصبيان فسيأتي الكلام عليهِ باسم الذبحة الكاذبة

٢١ الاعراض . اعلم ان الالتهاب الحنجري الحادّ لايصحبـهُ في اغلب الاوقات اعراض عامة الَّا عندما يصيب لسـان المزمار التهاب حادّ جدًّا

١ً الاعراض الوظيفية . ان اول وظيفة تصاب هي في الغالب وظيفة التصويت اذ ليس كل التهاب حنجري حادّ يستصحب تغيرًا في الصوت . على انهُ لما كانت الآلة المولِدة للصوت متوقفة على الوترَين الاسفلين كان لا يتغير الصوت الى ان يصيب الالتهاب هذين الوترَين او يمدّد الوترَين الاعلين بحيث يهبط طرفهما المعتق الى رأس الوترَين الاسفلين فيبهظهما معيقاً اياهما عن تتميم عملهما ولهذا فيكون هذا الالتهاب بالنظر الى مركزه على نوعين : الاول التهاب الحنجرة العليا أو مدخل الحنجرة . والثاني الالتهابات الزمارية التي مركزها على سطح الوترَين الاسفلين . فالألم المزعج هو من اعراض النوع الاول وان لم يكن دائمًا وتغيُّر الصوت من اعراض الثاني . اما اذا أصاب هذا الالتهاب كامل الحنجرة صحبهُ تغيُّر في الصوت واعراض مؤلمة

قد يشكو العليل بحة في صوتهِ وقد يشتدّ أمرها فيهِ فتجبره الى التكلف في رفع الصوت سيما عندما يتكلم علاوةً على ما كان من عادته . ويصير الصوت منخفضاً وارتفاعهُ محالًا . وقد يعقبهُ تغمغم كأن النغمة فيهِ مؤلفة من صوتين مختلفين وقد سماه العلامة جاكود بالصوت المزدوج . وقد ينقطع الصوت بكليته فيمسي العليل غير قادر على التلفُّظ . الَّا ان تغير الصوت لا يستمرّ طول النهار على ما يكون عليهِ من الثقل انما يظهر على الخصوص صباحاً عند النهوض ومساء عند الرقاد . ومن الظاهر ان الرياضة وان كانت قليلة فشأنها ان تهيّج وظيفة الصوت كما ان التعب يضرّ بها ايضاً .

وقد يتفق ان يسعل العليل فيخرج الموادّ المخاطية العائقة للاوتار الصوتيـة فيصفو صوته مدّةً

ان العرَض الذي ينبغي الالتفات اليهِ انما هو الألم الذي يشعر بهِ العليل وان ندَر ان يكون شديداً . وهو عبارة عن شعور بجسم غريب مع حرارة في رأس الحنجرة ودغدغة تحملُ العليل على السعال وجفاف ونخزَة تزداد بمرور الهواء أو الاشربة الباردة فتوقظ العليل مرارًا مدة الليل

السعال لايكون دائمًا وقد ينقطع بالكلية وقد يكون متواترًا ومؤلمًا يستصحب نوعاً من الحرقة. وقد يكون ناشفًا خفيفًا عند نشأتهِ ثم ينقلب بعد ايام دسمًا وأشدّ تواترًا

اما بالنظر الى النفث فيحدث في الحنجرة ما يكون مجانسًا لِما رأيناه في الحفرتين الانفيتين بخصوص الزكام . لايكون في البداية افراز فالسعال والحالة هذه يكون يابساً بكليتهِ. اما بعد يومين في العموم فيأخذ الغشاء المخاطي يفرز مخاطاً شفّافاً زلاليًا يدبق بهِ . ولا يتمكن العليل من افراز كمية قليلة من النفث الشفيف الّا بعد نوبة مستطيلة من السعال. ثم عند نهاية اليوم الرابع أو الخامس يبتدئ السائل ان يصير صديديا يقطعهُ بسهولة السعال حتى نفث التنحنحة وحينئذٍ يزول الألم بكليَّته

٢ً <u>الاعراض الموضعية</u> . اذا تفحصت بالمرآة الحنجريّة عليلًا اصابهُ الالتهاب الحنجري الحادّ العام شاهدتَ احمرارًا منتشرًا على طول الحنجرة شديد الظهور على مساواة لسان المزمار قد ينقلب لونه خمريًا . اما الوتران

الصوتيان الاسفلان فيكونان وردَيِّ اللون يبدو عنهما خشونة يمتازان بها . فان كان الالتهاب شديدًا تورَّم الوتران الاعليان مكتسبَين لونًا احمرَ ناصعًا وسدًّا مدخل بُطين الحنجرة والتهبت الغدد التي ما بين الطرجهاريين مفرزَةً مادَّةً صمغية أو صديديَّة وانتفخ الوتران الاسفلان قليلًا مبديَين سحجًا طفيفًا . وحينئذٍ ينقطع الصوت بالكلية ويصير الالم شديدًا عند السعال والازدراد والعليل يأخذ في تفل بصاق فيهِ خيوط دمويَّة . فهذه حالة الالتهاب الحنجري العام . غير انهُ قد يكون جزئيًّا كالتهاب لسان المزمار المسبَّب عن ازدراد سائل حارّ . وقد يصيب الالتهاب الوترَين الاسفلين فقط كما يحدث ذلك في المغنّين

اما الذين تحملهم وظيفتهم على رفع الصوت فيشاهد فيما يصيبهم من الالتهاب الحنجري ما يشفّ عن احمرار يظهر خاصةً على حافة الوترَين الاسفلين المعتقة وملتقاهما . وقد يكون احد الوترَين الاسفلين أشدّ تأثُّرًا من الثاني . وقد تزول البشرة المخاطية ويشاهد على أحد الوترَين كدَمٌ صغيرة ناتجة عن انفجار بعض الاوعية الشعريَّة وقت يشتدّ العناء في رفع الصوت . وقد تغشِّي السطوحَ العلياء للاوتار مادةٌ مخاطيةٌ تتجمَّع على طول حافة الوترَين المعتقة وتدبق عندما يقرّب العليل الاوتار للتصويت ثم تخرج على شكل نسيج العنكبوت اذا ما أخذ العليل في مجافاتها للتنفُّس

٢٢ السير والمدة والانتهاء . ان سير الالتهاب هذا قانونيّ . اما مدته فهي بين ستة او ثمانية ايام . وأما نهايتهُ فتكون اما بالشفاء واما بانتقاله

الى المزمن

٢٣ التشخيص • قد تختلط هذه العلة بالخناق اي التهاب البلعوم الحادّ لِما يصحبها من الألم • ولكن كل من انتفاء التغيُّر في الصوت والألم الدائم عند ازدراد الريق واحمرار الحنجرة مما يمكّن من تشخيصه

فاذا شاهدتَ الصوت منقطعاً أمكنك ان تخشى وجود ذبحة غشائية سيما اذا كان المريض صبيا ولكن قلَّ ان تبتدئ فجأة بالحنجرة فانها تكون في غالب الاوقات نتيجة خناقٍ غشائي اي دفتيريّ يستبينهُ تفحُّص الحلق وحده . على انك اذا فحصتَ عند بقاء الريب اللوزتين وقائمتي اللّهاة وغور الحلق ولم تشاهد فيها النكَت البيضاء التي تدلّ على الخناق الغشائي ألزمك الامر ان تحكم بوجود التهاب تزليّ لا غشائيّ . لان الالتهاب الغشائي يصحبهُ حمّى شديدة • وثقل حالتهِ العامة مماَ يمكّن من تقرير وجود مرض وبائي

لابدَّ من الاحتراز من خلط هذا المرض الذي نحن فيهِ بالبحة التي تنشأُ عن الاختناق الرحميّ • لان البحة تصيب امرأةً عصبيةً لها اعراض أُخرى تدل على مرضها فضلًا عن انها تبدو فيها تارةً فجأةً وتارةً عقيب نوبة عصبية ومرضها لا حمّى ترافقهُ ولا ألم • ولا يتغيَّر الغشاء المخاطي الحنجري عن تلوّنه الطبيعي • اما الاوتار الصوتية فتصبح غير قادرة على الانضمام بعضها الى بعض ذلك لِما قد يعتريها من الشلل • ولا تذهل عن ان البحة المسبَّبة عن الاختناق الرحمي قد تعقب الالتهاب الحنجريّ الحادّ في النساء المستعدات لذلك

قد وصف الدكتور كريزابر باسم البحة العصبية علّةً طالما خلطوها بالالتهاب الحنجري الحادّ لان البرد يكون سببها كما يكون سبب الالتهاب . مع ان البرد فيها لايمسّ الحنجرة رأساً انما يقع فعلهُ المؤذي على العصب الحنجري الظاهر المنعش للحلقيّة الدرقيّة التي هي من أعظم ما يشدُّ الاوتار الصوتية . فينتج والحالة هذه بحة كاملة تمتاز نظير البحة المسببة عن الاختناق الرحميّ بابتعاد احد الوترين الاسفلين او بابتعادهما معاً ثم بما يعتريهما من الوقوف عن العمل كما يشاهد ذلك عند الفحص بالمرآة الحنجريّة

قد عرض انهم خلطوا ايضاً باوزيما المزمار بعض احوال هذا الالتهاب الذي يرافقهُ بهرٌ شديد . وسوف ترى عند الكلام عن هذه العلّة ان الارتشاح المصليّ الليفينيّ المتكون تحت الغشاء المخاطيّ الذي يصحب الالتهابات الحنجريّة الحادّة انما يأتي بانواع تبدو في الاوزيما المزماريّة لا يُقتضى الالتفات اليها وضمها الى احوال الالتهابات الحادّة ذلك باعتبار الاعراض والتشريح المرضيّ

٢٤ الانذار . هذا المرض لايعتري الشبّان ثقيلًا البتة . الّا انهُ قد يكون من العوائق المكدّرة لمن يكون صوته آلةً لشغله وتتميم وظيفته كالواعظين والمغنّين والاساتذة ومحاميّ الدعاوي وغيرهم ذلك لكثرة انتقاله الى المزمن وتواتر الانتكاس فيه

٢٥ العلاج . اذا كان الالتهاب هذا طفيفاً شُفي من ذاته من غير معالجة وان شديدًا فلا بدَّ منها

١ً أفرض على العليــل قبل كل شيء ان يريح العضو طويلًا بان يحفظ السكوت وينقطع عن شرب التبغ والاشربة الباردة

٢ً قد تنفعهُ بعض المعرّقات التي تستخلص من مغلي بعض الاعشاب العطريّة كما انهُ ينفعهُ ايضاً استنشاق ماء الخبّازى والخطمي

٣ً اذا كان المزمار ملتهباً فالاحسن استعمال الغرغرة الآتية وهي :

محلول العوسج	٣٠٠	جرام
برومور البوتاسيُم	١٥	» »
كلوريدرات المُرفين	٠،١٠	سنتيجرامات

مع التحرُّز من الابتلاع منها شيئاً

٤ً ان كان الالتهاب شديدًا فينفعهُ استعمال المُصرفات الجلدية كزيت حب الملوك وصبغة اليود

ولا تغفل عمَّا للمُسْهِلات في مثل هذه الاحوال من المنفعة الجزيلة

٥ً اذا كان النفث متصعباً فيحسن وصف قليل من القرمز المعدنيّ او الإثمد . وقد نجحتُ مرارًا في استعمال الجرعة الآتية وهي :

ماء الزيزفون	٣٠	جراماً
ماء زهر البرتقان	٩٠	» »
شراب الكودايين	٤٠	» »
أوكسيد الإثمد الابيض	٢	» »

يُمزج ويُوخذ منهُ كل يوم ثلاث ملاعق صباحاً وظهرًا ومساءً

المقصد الثاني

في الالتهاب الحنجري المزمن

٢٦ الاسباب . هذا المرض يعقب غالباً الالتهاب الحادّ ذلك اذا ما استمرّ العليل معرضاً للاسباب نفسها . فمنها على الخصوص التطرُّف في التصويت والتدخين وشرب الكحولات واستنشاق الموادّ الحرّيفة . ومنها تغيُّر الطقس فجأةً فانهُ من شأْنهِ ان يحدث الالتهابات الحنجريّة الحادّة ثم ينقلها الى المزمنة فيكون والحالة هذه اكثر حدوثاً في الاماكن الرطبة . واعلم ان من كان مزاجهُ لينفاويا او قوباويًّا كان عرضةً للوقوع في هذا الالتهاب

٢٧ الاعراض . اخصّ اعراض هذه العلة انما يتوقّف على تغيُّر الصوت . غير ان هذا التغيُّر وان كان مفقودًا في التهاب لسان المزمار فقد يكون شديدًا عندما يصيب الالتهاب الوترَين الصوتيين الاعليين ذلك اذا ما زاد انتفاخهما بحيث يمسّ الوترَين الاسفلين ويوقف اهتزازاتهما إيقاف اصبع تضعهُ على حافة كأْس من بلّور بعد قرعهِ . ولكن انقطاع الصوت لايكون الّا نادرًا في الالتهاب المزمن فاذا ما صادف حدوثه فلا بدّ من افتراض دفعة حادة

امّا تغيُّر الصوت المتأتي عن التهاب مزمن قد اعترى الوترَين الاسفلين فثابت الّا انه قد يختلف على اختلاف شكل الآفة ومركزها . فان كان

التهاب الغشاء المخاطي لايجرّ نقصاً في اقتراب الوترَين الاسفلين فالصوت يصير خشناً غليظاً أبحّ . فان أطال العليل الحديث تزايدت بحوحته وتعب جدًّا عند التكلُّم اذ تحمله الفطرة على المبالغة في توتير الاوتار للتصويت . وهذا العناء الشديد من شأنه ان يزيد التهاب الاغشية المخاطيــة فيشعر العليل بيبس وحرقة في الحنجرة ودغدغة تحملهُ على السعال . وقد يؤدّي ما يتكبّده من العناء الى انقطاع الصوت تماماً

اما المغنُّون فيكون صوتهم في البداية ضعيفــاً رخواً كدرًا على انهم يشعرون بان الاهتزازات غير متسقة . فاذا عرض ان يجتمع مخاط بين شفتي المزمار أخذ هذا المخاط يهتزّ بعيــة الاوتار محدثاً بعض الارتعــاش . فان كبر حجم مادته أحدث عند انقلاعها صوتاً يشبــه أصوات الهررَة والكراكي

أمّا التنفس فيندر انقلابهُ ضيقاً ما لم يكن انتفاخ الاوتار الصوتيــة جسيماً . فيشعر العليــل والحالة هذه بالم من جهــة رأس القصّ حتي في العضل الرابطة للاضلاع وهذا الألم انما يتأتى في اغلب الاوقات عمّا يتحملهُ العليل من العناء في السعال والرشف دفعاً للمادة المخاطية التي تُغلظ الصوت وتحجبهُ . ولا يشعر بألم في الحنجرة الّا اذا ما تكوّن في بعض الاحوال تقرُّحات طفيفة وسطحية كما انهُ لايشعر بهِ ايضاً عند غمز سطحها الخارج

ان السعال يكون رنّاناً وأبحّ فاذا ما زاد انتفاخ الوترَين الاعليــين بحيث يسدّان البُطينين أمسى دقيقــاً لاصوت لهُ . وقد يكون نوَباً من

استمرار الدغدغة التي يحدثها الالتهاب على سطح الحنجرة

أما النفث فيختلف الّا انهُ يكون غالباً لزجاً لبنياً

ثم انهُ لايوجد في العليل ما يشفُّ عن ردّ فعلٍ . فانهُ يكون غالباً سوداوياً يخيَّل لهُ انهُ مصاب بالتدرُّن

اذا تعمَّدت الاستقصاء بالمرآة الحنجريَّة وقفتَ على وجود تضخُّم في غدد الحنجرة وسمْكٍ وتهيُّج في غشائها الخاطي . فهذه الآفات تكون اماً عامة واما جزئية حسب العلة التي أحدثتها . فان كان الالتهاب الحنجري مسبباً عن زيادة في الكلام صحبهُ احمرار الاوتار الصوتيــة سيما في رأس الزاوية القدامية والاحفة المعتقة . وقد يصل لونها الى الاحمرار القاتم وحينئذٍ يكون غشاء الاوتار الخاطي شديد الغلاظة فيشاهد على سطحهِ أوعية طوليَّة بين كثيرة العدد وقليلته تجعــلهُ يشفُّ عن منظر حزميّ الشكل . وفي أغلب الاوقــات لايكون اقتراب الاوتار الّا ناقصــاً ذلك لاتساع الغدد الفاصلة بين الطرجهاريين وثخن الغشاء الخاطي الذي تغشيــهِ عادةً مادةٌ لزجة صمغية شديدة اللصوق

اعلم ان الوترَين الصوتيين اللذين من الجهة العليا هما مركز تغيُّرات مهمَّة . فقد يكونان في أغلب الاوقات أحمرَين زيادةً عمّا هما عليهِ عادةً . وقد ينتفخان انتفاخاً يكاد يمنع مشاهدة حافة الوترَين الاسفلين المعتقة

اما الذبحة التي تصيب من اعتاد شرب التبغ أو الكحولات أو كان شغلهُ شحذ السكاكين فاخص اعراضهــا التهاب لسان المزمار . على انهُ لوجوده

على مدخل الحنجرة كان أول ما يُصاب بما توقعه العلل البادية من النتائج المضرّة . فيكون أحمر حافتهُ المعتقة غليظة وسطحهُ الخلفيّ خشناً متعرياً من البشرة المخاطية ومغشّى بمادة مخاطية

أمّا تقرُّحات الغشاء المخاطيّ فهي نادرة جدًّا في الالتهـاب المزمن تتولّد في اغلب الاوقات عقيب دفعة حادّة تعتري الغشـاء المخاطي الذي قد أُصيب من قبلُ بالالتهاب المزمن

اخيرًا قلَّ ما يُشاهد حُبيباتٌ حقيقيـة تستقرُّ على السطح العلوي والاحفة المعتقة للوترَين الاسفلين تتكوّن عن أجربة مسدودة متضخمة تأتي بمرض يُسمّى بالالتهاب الحُبيبيّ الحنجري

اما الافراز المخاطي فيختلف جدًّا . فان الفحص بالمرآة الحنجريّة يُبديه لنا لزجًا لبنيًّا بين كثير الغزارة وقليلها . وقد يكون صديديًّا الّا انهُ يدلّ والحالة هذه على حدوث دفعة حادّة او ورود افرازٍ مخاطيٍّ شعبيّ جاء ممتزجاً بهِ

٢٨ السير والمدة والانتهاء . اما سيره فيكون دفعاتٍ حادّة . واما مدته فغير محدودة . واما شفاؤُه فقد يحصل على غير العادة بعلاج مستطيل جدًّا وشديد الصرامة . وقد أثبت بعض العلماء ان هذا الالتهاب يهيئ الى السلّ الحنجري

٢٩ التشخيص . ان الالتهاب الحنجري المزمن يمتاز عن السـل الحنجري بانتفاء الاعراض العامة الثقيـلة كالعرق الليلي والآفات الرئويّة وبصيانة العافية وانتفـاء الحمّى واختلاف العلامات التي نتبيّنهـا بالمرآة

الحنجريَّة كما سيأتي بيانه عند الكلام في السل الحنجري

اما سرطان الحنجرة فسيره سريع . ويشاهد غالباً منذ اول ظهوره عقدة أو عقدتان لينفاويتان شديدتا الصلابة غير مؤلمتين كائنتان من جهتي الحنجرة قدام الناحية القصيَّة الترقويَّة الحلميَّة . وعلاوةً على ذلك فان التقرُّح يحدث في العموم على سبيل السرعة فيشعر اذ ذاك العليل بالآلام المميزة للآفات الحنجريَّة

ان التفحُّص عن الاسباب السابقة وعن البدَن بكمالهِ والشفتين واللسان والفم يمكِن غالباً من التمييز بين الالتهابين الزهري والمزمن . وان رغبتَ في مزيد بيان فطالع ما نقولهُ عن الالتهابات الحنجريَّة الزهريَّة

ثم اذا عرض وكانت الحنجرة مصابة بالبواسير اوصلك الاستقصاء بالمرآة الحنجريَّة الى التمييز بينهما بحيث لا تعزو الى هذا الالتهاب ما تحدثهُ البواسير من البجوحة في الصوت

٣٠ الانذار . هذا المرض مهمّ بالنظر الى الصوت اذ قد يكون منهُ على خطرٍ كبير . اما بالنظر الى الحياة فليس فيهِ كبير اهمية

٣١ العلاج . ينبغي قبل كل شيء ازالة السبب الذي أحدث هذا المرض ثم الانقطاع عن التدخين وشرب الكحولات وكثرة التكلم

اما العلاج الصحي فيكون اما عاماً واماً موضعياً . فيوصف غالباً لهذا المرض . ١ً المنفِطات كزيت حبّ الملوك وورَق الثافسيا على مقدَّم العنق وعلى الصدر . ومليّنات تتكرَّر عند الحاجة اليها

٢ً كل من المعرّقات والماء البارد يفيد استعماله في بعض الظروف

اما العلاج العام فلا بدّ فيهِ من ملاحظة سوء المزاج اذ قد يكون سبباً للالتهاب المزمن . وعند ذلك تصف الاستحضارات الكبريتية والزرنيخية اذا ما كان العليل قوباويًا والحديدية اذا ما كان لينفاويًا

ان المياه المعدنية الطبيعية الكبريتية كمياه أنكين وليشونو والقديسة هونوريا . والزرنيخية كمياه بوربول هي نافعة جداً سيما اذا تمكّن العليل من السفر الى احد هذه الاماكن المعدنية والاقامة فيها فصلًا من الفصول

اما العلاج الموضعي فيتوقف على استنشاق محلولات مختلفة بحسب ما تقتضيهِ الظروف كمحلول العفص بمعدل ٥ بالمئة او الشبّ الابيض بمعدل ١ بالمئة او بركلورور الحديد أو كبريتات الخرصين أو كبريتات النحاس او حمض الفينيك بمعدل ١ الى ٣ بالمئة . غير ان هذه الادوية انما ينبغي استعمالها اذا ما كانت العلة من غير ردّ فعل وكانت في احتياج الى التهيُّج. ولا ينبغي استعمالها اكثر من مرّتين كل يوم وذلك بمدة خمس دقائق . واعلم ان هذا الاستنشاق انما يتمّ بتوسط آلة تجعل الماء ضباباً فيجلس العليل امامها مستنشقاً مليًّا ما يتصعد منها . ولا خوف مما يهيّجهُ الضباب المستنشَق من النوَب السعالية التي تزعج العليل احياناً . اما عند حدوث دفعة حادة فيصلح التبخر بماء القطران او روح الترمنتينا او ماء الخطمي وما اشبهها . ويقتضى احياناً لمس الحنجرة بقلم شعريّ مغمس باحد المحلولات

الآتية: ١ً نترات الفضة من ١ الى ٥ بالمئة . ٢ً كلورور الخرصين او كبريتاته او كبريتات النحاس من ١ الى ١٠ بالمئة . ٣ً نترات الزئبق الحمضية او حمض الكروميك من ١ الى ٥ بالمئة



المبحث الثالث

في الذبحة الكاذبة

٣٢ اعلم ان الالتهاب الحنجري الحادّ قد ينقلب عند الاطفال من الثانية الى الخامسة من عمرهم مرضاً يكون ظاهره مخيفاً يختص باعراض تميّزه عن غيره وعليهِ فقد سمّوه بالذبحة الكاذبة وكان العلاّمة بريتونو اول من تمكّن من تمييزها عن الذبحة الغشائية

٣٣ <u>الاسباب</u> . هي نفس اسباب الالتهاب الحنجري الحادّ وهذه الذبحة كثيرة الحدوث شتاء فما من طبيب الّا قد أمكنهُ ان يقف على جملة حوادث تكشَّف عنها

٣٤ <u>الاعراض</u> . قد يتفق اذا ما كان الولد بين الثانية والخامسة ان يفاجئهُ ليلاً عسر تنفُّس فينتبه مرتعشاً والحمّى عظيمة والسعـــال أبحّ شديد التواتر بل قوي صخَّاب . والتنفُّس متضيّق ومتقطع يصحبهُ عند الشهيق

صفير حنجري رنّان والصوت متغيّر النوع موشك الانقطاع في النوبة وأبحّ في الفترة. فهذا مما يستلفت النظر اليهِ اذ لايكون ابدًا تامّ الانقطاع كما يحدث في الذبحة الغشائيــة. غير ان الاعراض تكون اشدّ مما هي في بداية الذبحة الغشائية . اما كلٌّ من البهر والكرب فيكون مساويًا لِما يشاهد من الشدة في آخر دور من الذبحة الغشائية. واما تهيُّج الوجه واضطراب العينين وما يبدو من مميزات السعال والصوت ومن الصفير الحنجري فمما يؤول الى حالة رائعة شأنها ان تلقي الرعبة في قلوب الاقارب والاطبـاء انفسهم . غير ان هذا البحران الهائل لايعتم ان يزول بعد نصف ساعة أو ساعة أو ساعتين او ثلاث فيسكن أُوارهُ ويهجع الطفل ويبطئ النبض ويندّى البــدن ثم ينتبه العليل وقد صار السعال أرطب . اما نهارًا فيصير التنفُّس اسهــل والصوت يوشك ان يعود الى مألوف عادته

وقد تتكرَّر في أغلب الاوقــات هذه الاعراض نفسها مدة ليــالٍ متتابعة آخذة دائمًا في التنــاقص عن شدَّتها الى ان تصير ايام العليــل جميــلة فلا الحمّى تكويه ولا الكرب يُعييه . سعالهُ غليظ والبحوحة فيــهِ قليلة

اذا سألتَ والدَي الطفل اخبراك ان العليل قد نام مستريحــًا ورقد هنيًا الّا انهما قد ينبئانك انهُ كان يشكو آلامًا طفيفة منذ بضعة ايام. غير انهُ لم يزل يذهبَ ويأتي ويأ كل ويلعب على عادته فرحًا جذِلًا ترتاح اليــهِ القلوب . وقصاراي فلم يكن فيهِ ما يشفُّ عن تغيُّر في مألوف احوالهِ

ثم اذا استقصيت الحلق لا ترى فيهِ ما يعرب عن أغشيـــة كاذبة غير ان الغشاء الخاطي قد يكون احمر واللوزتان منتفختين . وان الناحية العنقية والتي تحت الفكّ فلا تشاهد فيهما ما يدلُّ على ورَم غددي . فهذه هي الاحوال الفجائية التي ترافق الذبحة الكاذبة وهي في الظاهر أشدّ ثقلًا وأقوى وطأةً من احوال الذبحة الغشائية (تروُسو)

هنا محلّ سؤال وهو : لماذا تختلف احوال الالتهاب الحنجري الحادّ في الطفل عمَّا تكون في اليافع

قد حاوَل العالمان كريزابر وپيتِر(١) ان يحلَّا هذه المسئلة فقالا : علة هذا الاختلاف متوقفة على ما للطفل من ضيق المزمار بالنسبة الى اليافع . فالمزمار يتسنَّى لهُ نهارًا ادخال الهواء الى الرئة . اما ليلًا فيصير التنفُّس من الطبع أقلّ تواترًا وحركاته اضعف الى ان يصعب دخول الهواء المستنشَق لضيق المزمار وانتفاخ غشائهِ الخاطيّ فيحـــدث بهر يأخذ في التزايد الى ان يبلغ العليل نوبة الخناق

اما انا فلا استحسن هذا التفســير الذي أُتي بهِ الى الآن لان الفهم لا يستوعب كيف ان الطفل عند انتباههِ وتمكّنه من استعمال قواه الشهيقية لا يقدران يستوقف هذا البحران مع انهُ عند يقظتهِ يرجع الى ما كان عليهِ في امسهِ . ولهذا فلا يمكّن هذا التعليـــل من تفسير البهر الذي يصيب

---

(١) انظر معجم العلوم الطبية قسم ثانٍ مجلد اول وجه (٦٠١ كريزابر وپيتِر)

العليل مدة ساعتين وزيادة يخبط فيها وهو منتبه مصادماً لحدوث الخناق. فلا ينبغي والحالة هذه لتعليل هذه الذبحة فصلها عما يكون عليه الطفل من الاحوال المرضية والحيوية فاذا أُمعن النظر فيها تسنّى تفسير هجوم هذه الذبحة

اعلم ان المتغلب في مرض الاطفال انما هي الاعراض التشنجية التي تتوارد عليهم اذ قد يُحدث فيهم تقلصاً كلٌ من التهيج الطفيف الذي يبدو على الجلد او على سطح الاغشية المخاطية للجهازين الهضمي والتنفسي ومن سوء الهضم والإسنان والالتهاب المعوي والديدان المعوية . فهذه مميزات امراض الاطفال . ثم قد يسكن ذلك مع الزمان . فكما انهُ في بداية العمر قد يمكن لتهيج موضعي ان يحدث تقلصاً عاماً كذلك عند ما يصير زمان الذبحة الكاذبة وهو من الثانية الى الخامسة قد يمكن لتهيج موضعي ان يحدث تشنجاً جزئياً يكون موكولاً الى موضع الآفة المولدة . ولذلك فكما ان البرد اذا نفح رقبة الطفل يحدث فيها تشنجاً كذلك زكام الغشاء المخاطي الحنجري يحدث في الحنجرة تشنجاً . فاذا ما أزلتَ هذا التشنج زالت في الوقت نفسه نوبة الذبحة الكاذبة وان أبدت من بدايتها الى نهايتها اعراضاً تشنجية . فيستوي والحالة هذه الالتهاب الحادّ بين الطفل واليافع . وقصاراي فان هجوم الذبحة الكاذبة انما هو تقلص ثابت يصيب عضل الحنجرة في من يكون مستعداً لقبوله

٣٥ السير والمدة والانتهاء . قد يكون هذا المرض ذا نوبة واحدة وقد يكون ذا نوَب متوالية . أما في العموم فتتناقص النوَب شدّة .

واما انتهاؤه فقاعدته العامة انما هي الشفاء • غير ان هذه الذبحة قد تكون بداية حصبة أو التهاب شعبي رئويّ اذ ان الالتهاب الحنجري هو من أوَّل اعراض هذين المرضين

٣٦ الانذار • اعلم ان هذا المرض وان كان غالباً سليم العاقبة فهو مع ذلك مما يحتاج الى الانذار بهِ لاسيما اذا سبقهُ زكام حادّ او حصبة وبائية • أما في الزكام فتدلُّ الذبحة الكاذبة على ان الالتهاب الذي بدأ في الغشاء المخاطي الانفي قد امتدَّ الى الحنجرة وهو مائل نزولاً الى الشُعب • ولم تذكر الاطباء الَّا النادر جدًّا من الحوادث الذي انتهت بموت المصاب بالذبحة الكاذبة البسيطة • منها ما أورده الاستاذ تروسّو (١)

٣٧ التشخيص • ان ما بين الذبحتين الكاذبة والغشائية من النسبة سوَّل خلطهما في بداية هذا القرن • مع ان الاعراض في الذبحة الغشائية لا تَبتدئ دفعةً نظير ابتدائها في الكاذبة والطفل لايعتريه نوَب الخناق الَّا عقب أيام • ثم قد يكون الطفل سليمًا في فترات الكاذبة يشكو صوته بحوحة طفيفة وسعالهُ أبحّ ومحسًّا بقليل من الحمّى وقد لايشعر بها البتة • مع ان المصاب بالغشائية يعتريه ضيق نفَس في الفترات وصوته وسعاله يكونان منقطعين يشعر بحمّى وحالته العامة ثقيلة • في الكاذبة لا يُستكشَفْ عند فحص الحلق الَّا احمرار طفيف وفي الغشائية يستكشفْ غالبًا وجود أغشية كاذبة تعرب عن طبيعة المرض • ثم انهُ في الكاذبة تحدث نوَب الخناق

(١) تروسّو . المشاهدات الطبيَّة (أُوتل دِيّه في باريس) مجلد اول وجه ٦٤٠

ليلًا وفي الغشائية ليلًا ونهارًا

ان تشنّج المزمار الذي خلطوه احيانًا بالذبحة الكاذبة قد تكون النوَب فيهِ ليلًا ونهارًا من غير ان تعتري الصوت والسعال بحوحة وان وقتية . على ان النوبة تكون في التنفُّس فقط من غير ان تمسّ آلة الصوت ابدًا

٣٨ قد تمكنتُ في فرصة اغتنمتها لايقاف المحفل الطبي في باريس (١) على وصف بعض اعراض بُهريَّة تُشبه كثيرًا اعراض الذبحة الكاذبة ولم افشل في ضمها الى التسمُّم الآجاميّ . فدونكَ ما ينبئكَ عمَّا يتوقف عليهِ هذا المرض الجديد في مقاربتهِ للذبحة الكاذبة أو اختلافهِ عنها

قد شاهدتُ ولدًا عمرهُ خمس سنين قد أصابهُ ضيق نفَس أخذ يتزايد فيهِ والسبب مع ذلك خفي فاصبح بأقلّ من ساعة يُشبه بُهره ما تُبديه الذبحة الغشائية المتقدمة وصوته الذي كان في البداية أبحّ انقطع سريعًا . ثم رأيتُ من الصفير الشهيقي ما يمكن من تقرير وجود عائق على سطح الحنجرة وان لم ارَ في الحفرتين اللتين فوق القص والترقوة وفي الاوراب انقباضًا يدل على ضيق المزمار وعلى ما يتكلفهُ النسيم من الصعوبة في دخوله الى الشجرة الهوائية

أول مرة شاهدتُ ولدًا في هذه الحالة لم اتماسك من ان افتكر بالذبحة

---

(١) دي برون . الاسبوع الطبيّ (سنة ١٨٨٦) وجه ٣٢٦ وجريدة الندوة الطبية (سنة ١٨٨٦)

الغشائية على ان كلًّا من جحوظ العينين وبنفسجية الشفتين واكفهرار الوجه واتساع المنخَرَين وانقطاع الصوت وشدة السحب وسرعة النبض وخيطيّته وبرودة العرَق نبَّه مني الفكر الى الذبحة الغشائية فكان أول اهتمامي بفحص الحلق. الّا اني قد اندهلتُ اذ لم أجد البتة أغشية كاذبة ولا نقطاً بيضاء ما عدا احمرارًا قليلًا في الغشاء المخاطي الحلقي. فلما عزمتُ على قطع القصبة اذ كان الخطر قريباً أنبأني أهل العليل ان البهر قد كان أشدّ قبل وصولي فتوقفتُ لتعذُّر الوقوف على حقيقة تشخيص هذا المرض وما عتمتُ ان استشفيتُ انخفاضاً بيّناً في الكرب التنفسي . ثم أمسى الولد والخطر قد زال وأضحى وصحته كاملة من غير ان يكون ناقهاً

ثم بعد قليل من الايام شاهدتُ ولداً آخر قد بدَت فيهِ الاعراض نفسها . لكن لما كانت مرتبكة ببؤرة من الالتهاب الشعبي الرئويّ آلت بهِ الى الموت بعد ساعات قليلة

اما انا فبقيتُ متحيرًا من جرى هذين الحادثين. على ان ما بدا من دورانهما كان مميزًا لهما عن الذبحة الغشائية والالتهاب الحنجري الحادّ ثم حدوثهما نهارًا كان فاصلًا لهما عن الذبحة الكاذبة . فبقيتُ على هذه الحالة لا أعرف كيف أُميّز هذا المرض حتى وقفتُ على حادثين أُصيب فيهما طفلان بنفس المرض الذي نحن فيهِ مع هذا الفرق وهو ان طبيعة المرض فيهما قد ظهرت بيّنة ليس فيها ريب . وقد كان الولدان اصابتهما منذ خمسة او ستة ايام حمًّى متقطعة ترجع اليهما في الساعة نفسها ويصحبها منذ

يومين ضيق نفَس . وقد اتفق في اثنيهما ان خلَّف احدى النوَب بحرانٌ بهريٌّ يشبه تماماً ما قد سبق وصفهُ آنفاً ولم يكن مع ذلك ما ينبّه على ما حدث من التغيُّر . غير ان كبريتات الكينين التي كنت وصفتها من قبل النوبة بأربع ساعات نجحت في الواحد منهما نجاحاً تاماً . وفي الآخر اضعفت البحران عند حدوثه في اليوم التالي في الساعة نفسها . فوصفتُ للعايل كمية أخرى من الكينين فشفي تماماً . فتبين لي والحالة هذه اصل علّة هذه الاعراض الحنجريّة وتسنّى تفسير كلٍّ من سرعة تهيُّج المزمار والاشتراك الرئوي وشدّة الاعراض وهبوطها فجأةً بان الكلام انما هو في نوَب بهريّةٍ حنجريّة متأتية عن أصلٍ آجامي . وهذا المرض لا يصيب الّا الاولاد من الثانية الى الخامسة من عمرهم على اني لم اشاهد حدوثه في غيرهم

٣٩ العلاج . هذه الذبحة قد تبرأُ من ذاتها الّا انهُ قد ينبغي تقصير طول النوبات . ولهذا يصلح وقت البحران ان توضع تحت الذقن وعلى مقدم العنق اسفنجة مبلولة بماء سخن بحيث يقدر العليل ان يحتملهُ ويكرّر هذا العمل مراراً مدة ربع ساعة فان الماء السخن يجرّ الى جهة الجلد نوعاً من النزل ينتهي البهر بهِ وتسكن بحوحة السعال

قد يعرض في النادر جدًّا من الحوادث ان ينتهي التشنُّج بالخناق لشدته وطول مدّته فلا بدّ حينئذٍ من قطع القصبة

قد يفيد في اليوم الثاني إعطاء مقيّئ خفيف حسماً لحدوث نوبة جديدة ثم وصف جرعة مسكّنة مضادة للتشنج . فان استعمال ماآت الكلورال قد

افاد جدًّا في مثل هذه الظروف . وانا أخلطهُ باللُّفَّاح وببروموُر البوتاسيُم كما في الجرعة الآتية :

ماء زهر البرتقان	٦٠	ج
شراب الإيتر	٢٠	«
ماء الغار الكرزيّ	٢	«
بروموُر البوتاسيم	١	«
خلاصة اللُّفَّاح	٠٠٣.	سج

يُمزج ذلك ويؤخذ منهُ ملعقة كبيرة كل ساعة مدة النهار

المبحث الرابع
في الذبحة الغشائيّة

٤٠ تاريخ هذه العلة وحدُّها . اعلم ان الذبحة الغشائية وآفاتها الحلقية قد كانت معروفة منذ القديم . على ان تسمية ذلك بالمرض المصري والسوري ولو لم تكن دليلًا على ان اصلهُ انما كان في هذين القطرين فهي مع ذلك تدلّ على ان أول الوقوف عليهِ انما كان فيهما . فقد وصفها آريتيه الكبدوكي بما لا مزيد عليهِ من الوضوح . ثم جالينوس وقيليوس واوريليانوس قد أوردا بعض اعراض ترجع اليها ثم انقطعت سلسلتها كأنهُ جُرَّ عليها ذيل النسيان منذ ذاك العهد الى القرن السادس عشر اذ اخذ الاطباء يأتون بذكرها وبيانها لِما ظهر منها من الاوباء المهلكة في أُوربا الغربية . فانتصب

اذ ذاك علماء تحرّوا بيانها منهم بَيُّو في فرنسا وآخرون في اسبانيا كتبوا عنها باسم كاروتيلّو

قد تفحَّص سنــة ١٧٦٥ الدكتور هوم من مدينــة أديمبورج عن الآفات الحلقية وكان اوَّل من ميَّز منها الذبحة الغشائية وفصلها صريحًا عن الخناق الغشائي الذي يصيب الحلقوم . الّا انهُ قد تطرَّف فيما أتى بهِ معتبرًا ان الذبحة هذه تختلف عن الخناق في ذات طبعها ظنًّا منهُ انها غنغرينية كما ظنَّ من كان سلفهُ من المؤلفين . اما سنة ١٧٧١ فاحتفى فيها الدكتور صاموئل بار وقرَّر وحدة الطبيعة بينهما لرجوع كليهما الى مرض واحد وهو الدفتيريا . غير ان افكارهُ في ذلك لم تحز القبول في الحال اذ قد مرَّ على ما كان تبينهُ اكثر من نصف جيل . ذلك لما كان مشتهرًا بين جمهور الاطباء من ان الخناق انما هو عن جرثومة غنغرينية الى ان ظهر العلاَّمة بريتونو فقرَّر الذبحة الغشائية . ورأيه هو المعوَّل عليهِ على رغم العناية التي يصرفها بعض الألمان في نقضهِ تمسكًا بما تحملهم عليــهِ قوانين المذهب . غير ان اكتشافات الجُسيمات حديثًا قد أتت مؤيدة لمذهبه بما يصدع رداء كل شكّ بان هذا المرض انما هو وبائي

ان شئت ان تستشفَّ جميع دقائق تاريخ الذبحة الغشائية والخنـــاق الغشائي الذي سيأتي الكلام عليهِ (١) فلا بدَّ لك من اعتبار الدفتـــيريا

---

(١) انظر مايقال عن الخناق الغشائي في امراض الجهاز الهضمي وهو تحت الطبع

مرضاً عاماً يميزها من جهة ما يعتري الدم من الفساد الثقيل ومن الأُخرى حدوث اغشية كاذبة على الاغشية المخاطية المختلفة او على الجلد المعرّى من بشرته

نتائج فساد الدم : التسمُّم الغشائي الذي شأنه ان يقتل العليل من غير اختناق وآفةٍ في الحنجرة وفقرُ الدم الثقيل والبول الزلاليّ والشلَل الغشائي . اما الاغشية الكاذبة فلا تستحب غير البلعوم والحنجرة ففي الحالة الاولى تحدث الخناق وفي الثانية الذبحة الغشائية . والذي فيهِ الكلام الان انما هو الذبحة الغشائية اذ انها وحدها تختص بامراض الجهاز التنفسي

٤١ الاسباب . ان من النادر حدوث هذه الذبحة دفعة فقد تكون اما نتيجة التهاب شعبي غشائي وهو نادر . واما على الخصوص نتيجة خناق غشائي يسبقها ببعض ايام

هذه الذبحة وبائية ومعديّة غير ان العدوى تقتضي من جهة من يُصاب ان يكون فيهِ استعدادات لقبولها . وعليهِ فان ما امتحنهُ الدكتوران تروُسو وبيتر بفرك بلعومها باغشية كاذبة ليس فيهِ ما ينفي العدوى انما يدل فقط على ان هذا المرض غير لقيح وانهما لم يكونا مستعدينِ لقبوله

قد تسري عدوى هذا المرض الى كل من البشر مها كانت بنيتهُ الّا ان الاولاد هم أشدُّ استعدادًا لقبولهِ من الشبان والشيوخ . وهو يشتدّ في الاماكن المنخفضة والرطبة ولاسيما في الفصول الباردة ثم في الاحياء

الكثيرة السكان حيث تكون البيوت رطبة رديئة الموقع لاتلعب فيها الاهوية ولا تتخللها الانوار

وقد يعقب هذا المرض الخناق او الالتهاب الحنجري البسيط على ان الغشاء الكاذب يبين انهُ ينتشر في الاعضاء التي تكون قد التهبت في شخصٍ يتعرض للعدوى لوجوده في بيئةٍ انبثت فيها آفات الذبحة الغشائية. ظن بعض العلماء ان المرض يكون في بدايتهِ موضعياً وان العليل قد سرت اليهِ العدوى اخيرًا لامتصاصهِ بطريق الاوعية الليمفاوية السمّ الذي تفرزه الاغشية الكاذبة • وسيأتي الكلام عن أهمية هذا التعليل عند الكلام عنهُ بالنظر الى العلاج

٤٢ التشريح المرضيّ • اعلم انهُ يعرض ان يغشي الحنجرة غشاء كاذب تارةً على طولها وتارةً على نقطة أو نقط من امتدادها سيما على الاوتار الصوتية. وهذا الغشاء لهُ المميزات الآتية : لونهُ ابيض ضارب الى اصفرار وقد يصبغهُ بعض الاندفاق الدموي • ثخنهُ رقيق جدًّا في البداية قد ينتهي الى سمك ميلمترين وزيادة ذلك لِما يتكوّن من الطبقات في ناحيتهِ الغائرة • فكلما كانت هذه الطبقات حديثة كانت أشدّ صلابةً بينما ان القديمة تصير هشةً وتندفع الى الخارج

اما بالنظر الى العمل الكيماوي فاذا ما وضعتَ هذه الاغشية الكاذبة في محلول حمضي كمحلول روح الملح او حمض الكبريتيك او النتريك تقلّصت. وقد تنحلّ اذا ما وضعت في ماء قلويّ كروح النشادر والبوتاس

وا لكلس والصودا . قد ظنوا قديماً ان هذه الاغشية انما هي ليفية فقط الّا انهُ قد تبين اخيراً ان قوامها لايتوقف على ألياف فقط بل على كريات وخلايا بشرّية مخاطية مشوّهة . اما الغشاء المخاطي الممتدّ تحت الغشاء الكاذب فهو في العموم سليماً وقد يكون مقرحاً في النادر جدًّا من الحوادث

عضل الحنجرة تكون كمِدة لينة يرشح فيها سائل غير قادرة على التشنجات القويّة. وقد تشترك هذه العلة في علة مجانسة لها تكون في الحلقوم والحفرتين الانفيتين والقصبة والشعب فتحدث فيها اغشية كاذبة . وقد تشترك ايضاً في الالتهاب الشعبي الرئوي والاستهواء الرئوي الحادّ . ثم لا بدَّ من الالتفات الى الاشتراكات التي تعتري الاعضاء البعيدة كالتهاب عضلات القلب وشغافهِ كما ذكره العلّامة لابادي لاكراف

اعلم ان الالتهاب الكاوي مع ما يرافقهُ من البول الزلاليّ وتضخم الطحال مع ما يكون عليهِ من اللّين والنزف الشعري لمراكز النخاع الشوكي وللاعصاب المحيطة والمتكوّن على سطح الاغشية المصلية وفي محافظ العقد اللينفاويّة كل هذه الآفات اذا ما انتشرت دلت على ان المسئلة انما هي في مرض عام . ومع ذلك فان الدم في الذبحة لهُ مميزات تشاهد في جميع الامراض الوبائية فيكون أسود زفتيا مائعاً شديد التداخل يُكسب بطانة الاوعية احمرارًا أقتم . اما جرثومة الذبحة فجُسيمات على شكل عُصيَّة اما مستقيمة او محدّبة على احد طرفيها طولها طول الانبوبيات الدرنية بيد انها أشدّ

منها غلظاً ليس لها حراك وهي تتلوّن سريعاً بزرقة الميتيلينا. واذا ارتفعت الحرارة الى درجة ٦٠ ْ تضمحلت

٤٣ الاعراض . الدور الابتدائي . اعلم ان الذبحة الغشائية قد تبتدئ على وجوه مختلفة . فتارةً تظهر اعراضها عقب خُناق غشائي وأُخرى تبدو تابعة لالتهاب شعبي رئوي ذي غشاء كاذب . وقد تكون اصابةُ الحنجرة من أوّل أدلّتها

اذا حدثت الذبحة هذه عقب التهاب شعبي غشائي شوهد ان الولد اصابتهُ حمّى شديدة يصحبها سرعة نبضٍ وتنفسٍ . وجههُ يصبح بنفسجيا والاستماع يشير الى وجود خراخر فرقعية دونية على جداريَ الصدر ومن وراء . فهذه الاعراض تدلُّ على الالتهاب الشعبي . ثم بعد زمانٍ يصير الصوت أبحّ ومنقطعاً ويعتري السعال تغيُّرات مجانسة لما يكون في الصوت . وحينئذٍ يصيب المرض الحنجرة بعد ان كان مركزه في الشعب فتصبح الذبحة الغشائية مخالطة للالتهاب الشعبي الغشائيّ

اما في العموم فالذبحة هذه تلي الخناق الغشائي فيشاهد الولد كمدًا حزيناً على خلاف عادته غير ملتفت الى ما كان تعوّده من الالعاب . وقد يتبيَّن الطبيب عقَدًا منتفخة في الناحية التي تحت الفك . ثم اذا تفحص عن الحلق استشفّ احمرارًا شديدًا على طول الحلقوم بينما ان اللوزتين تصبحان زائدتي الحجم تغشيهما صفيحة سنجابية بين الكثير والقليل من السمْك. فيزيد الغشاء الكاذب غلاظة وامتدادًا على رغم تكرار الكيَّات

والمعالجات القويّة وعليهِ فلا يعتم العليــل ان يمسي نوع صوته متغــيرًا لان الغشاء الكاذب قد اصاب الحنجرة والذبحة خالطت الخناق الغشائي

الدور الوقوفيّ . اعلم ان السعــال عرض ثابت فيكون في البــداية يابسًا ثم يصير أبحّ وقد يكون منخفضًا وخفيًّا ومن النادر ان لايدلّ نوع صوتهِ على ما يميزه . تواتره يكون مختلفًا جدًّا وقد يكون على شكل نوَب حقيقية . فتارةً يكون نادرًا وأُخرى يتزايد متدرجًا كلما اخذ المرض في التقدم . فاذا كان من شأن المرض ان ينتهي بالموت اصبح الولد في وقت لايسعل ابدًا وقد نسبوا انقطاع هذا السعال الى عيّ يعتري الحنجرة . اما اذا آل المرض الى الشفاء بدا السعال اشدّ تواترًا رطبًا يشبه سعــال نزلة اعتيادية

قد يتغيَّر الصوت في العموم نظير السعــال غير ان اضطراب الصوت يدل غالبًا على بدء المرض . وقد تصيب كثيرًا من الاولاد بحوحةٌ من غير حمًى وسعال تكون اول عرض يمكن الوقوف عليهِ وهي لاتظهر مختلفة عمَّا يحدث في سائر الالتهابات الحنجريّة . ثم اذا تتبَّعت ســير المرض شاهدت ان هذه البحوحة تنقلب بحوحة خصوصية ثم يعقبها انقطــاع صوت تام مدة ايام المرض الاخيرة فيصير حينئذٍ الكلام خفيًّا . وقد يشاهد غالبــًا مدة المرض تناوب بين ثقل الصوت وتحسينه وقــد يستمرّ كل من البحوحة او الهمدة بعض اسابيع بعد الشفاء

وعلاوة على ذلك فلا بدّ من اعتبار ما يبدو من الصفير غير انهُ لا

يكون دائمًا صفيرًا . فيكون تارةً أبحّ وأخرى خشنًا ووقتًا شخيريا وحينًا حادًا . وفي اغلب الاوقات يكون الشهيق طويلًا يصحبهُ لغط فيهِ ما يدلُّ على تمزيق يُعرف باللغط المنشاريّ . اما الزفير فيكون بالعكس قصيرًا نفخيا . واما الصفير الحنجري فلا يحدث في العموم الّا بعد ان يتقــدم المرض ويظهر السعال . ومدتهُ ليست قانونية فيغيب ويظهر على دفعات متواترة وقد يكفي لرفعهِ وزوالهِ حدوث نوبة سعــال قويّة يصحبهــا نفث اغشية كاذبة

هذا النفث لهُ اهمية كبيرة بيد انهُ لسوء الحظّ لا يحدث في العموم الّا عندما يتثبّت المرض . فان النفث لايتكرّر ولا يحدث الّا في اليوم الذي يموت فيهِ العليــل او في اليوم الذي يسبقهُ . ومن النادر ان يكون قبل اليوم الثالث او الرابع . وقد يعقبهُ عادة تسكين يكون مع ذلك على حسب امتداد الغشاء المفرَز . الّا ان هذا العرض يكون بالنسبة الى غـيره نادرًا وقلّ ما يتبعهُ الشفاء اذ يمكن للغشاء الكاذب ان يتكوَّن ثانيةً . فاذا انقطع النفث تفل العليل بصاقًا مخاطيًا او لعابيًا صرفًا

قد يشكو العليل في بعض الظروف ألمًا يكون من امام الحنجرة . ولما كان هذا الالم غير ثابت كان لا بدّ من فصلهِ عن خناق يشعر بهِ كثير من البشر يزيدهُ في اغلب الاوقات ما يصحبهُ من السعال

قد يحدث في اثنــاء هذه الاعراض كرب في النفَس وهو من عادته ان يبدو عند ما يتغيَّر كل من السعال والصوت مع ما يرافقهما من الصفير

الحنجري القصبي" فيزداد الشهيق وقد تبلغ تصعداته من الاربعين الى الخمسين في الدقيقة وهي تكون مكربة اشد" ثقلاً مدة الليل

ثم اذا ما اشتــدَّ البُهر أبدى الولد عرضاً مهماً يسمّى بالسحب . على انهُ اذا ما ضــاق المزمار صعب دخول النسيم في الشجرة الهوائيــة وحصل انبعاج عندكل تنفس على مساحة قاعدة القص وفي الحفرة التي فوق الترقوة وفي الوروب وتحت الغضروف الحنجري" . فيظهر ان جميع اجزاء القفص الصدري الليِّنــة تنجذب نحو الرئــة للفراغ الذي يبدو عن انتفاخ المزمار وعمَّا يلاقيه الهواء من الصعوبة في ملئهِ الفراغ الذي احدثهُ التمدد الصدري

ثم علاوة على هذا الكرب العادي" والدائم فقــد يعتري الاولاد في اوقات غير متسقة نُوب اختناق تكون في العموم فجائيــة . وقد تكون عن اسباب مختلفة منها على الخصوص الرعبة وتاثير البرد . فاذا ما قربت نوبة الاختناق اخذ البهر يشتد" وبدا منظر الولد قلقاً وهيئتهُ مضطربة وتنفساتهُ بيِّنة وصفيرهُ الحنجري مسموعاً . وقد تتهيأ هذه النوب في اثناء ساعات يكون الولد فيها ساكناً هادئاً ثم يفاجئهُ البحران فيقعد في الحال ونظرهُ قلق واجنحة انفهِ شديدة الامتداد ووجههُ منتفخ بنفسجي اللون . فهذه وما يصحبها من هول البهر الحادث وازيز التنفس وكرب الاختناق وآلمهُ مما يتوعد بحلول الاجل وموت العليل . فلا يفيدهُ والحالة هذه ميلولة الراس الى الوراء فتنتفخ عنقهُ ويضعف نبضهُ وينقطع وتاخذ مقلتاهُ ان تميلا تارة

يميناً وتارة شمالًا وقد تتشنجان الى ما فوق كانهما تغوران في محاجيهما ثم يسيــل منهُ عرق بارد يغشي كل بدنهِ . فاذا طالت النوبة بطئ النفس وأجمع العليل كل قواه إبداء لبعض تنفسـات ضعيفة وبردت اطرافهُ واخذ النبض يتناقص شيئاً فشيئاً فيمسي الخناق متهدّدًا قريب الحدوث. وهذه النوبة تستمرّ بعض دقائق أو ربع ساعة ومن النادر جدًّا ان تتجاوز نصف ساعة فتترك العليــل تعِباً عيًّا وقد تنتهي بنفث غشاء كاذب متوسط الحجم

قد تخيَّرت ان اصف النوبة في شدتها بينما ان الشدة لا تكون دائماً عظيمة بل طفيفــة في كثير من الاوقات . وقد تحدث والكرب جزءي يصحبهُ تزايد في الحركات التنفسية . وقد تتواصــل هذه النوب بسرعة كلية وقد تكون منفصلة فيكون الخطر منسوباً الى مدتها وشدتها

ان النوب الخناقية لا تبدو الّا نادرًا في بَدء هذا المرض بل تحدث غالباً وقت يكون قد تقدم. وقد لا تحدث لزهاء ثلث من المرضى

عند الفترة يكون في منظر الطفل شيء على غير مألوف العــادة وفي غالب الاوقات يكون راسهُ منحنياً الى الوراء ومقلتــاهُ جاحظتين ونظرهُ يشف عن كرب طفيف ووجههُ كامدًا وعيناهُ ذابلتين

اعلم ان في اثناء هذه الاعراض لا تُمسُّ الوظائف الهضمية على ان كلاًّ من شهوة الأكل ومن العطش والهضم يبقى غالباً على ما كان من عادتهِ القانونية. وقد يضطرب كل منها الا ان ليس فيهِ ما هو مقرَّر . اما

اللسان فلا يزال رطباً ويغشيهِ في آخر المرض نوع من الطلاء الاصفر والبطن على حجمهِ العادي ليس فيهِ ألم الّا في ناحية السرّة فقد يعتريها ما لا يعتري غيرها من الالم الطفيف

الحمّى تدل عادةً على بداية المرض الا انها لا تكون شديدة ابداً . لكن كلما تقدم المرض تواتر النبض لا سيما قبل وبعد نوب الاختناق . واذا زاد تقدماً أمسى النبض صغيراً يصعب عدهُ

اما الحرارة فلا تكون حادّة الا فيما ندر . والبدن الذي ييبس في اثناء النوب يحترّ بعض الاوقات ويعرق عند ورود النوب المتوسطة الشدة بينما ان في النوب الثقيلة تبرد الاطراف كثيراً فيكتسب الوجه والشفاه والاطراف لوناً بنفسجيا . ولدى الاستقصاء تقف على ان الصفير الحنجريّ اذا ما اشتدّ حجب اللغط التنفسيّ . اما اذا كان ضعيفاً أو منقطعاً فلا يحجبهُ ما لم تبدو خراخر فرقعية دونية ناشئة عن اشتراك موضعيّ كالالتهاب الشعبيّ الرئوي الذبحيّ

فاذا وضعت المسماع على الحنجرة تبيَّنتَ في بعض الاوقات ارتجافاً اشبه بنقاب تلعب بهِ الريح وهو يُعرب عن وجود غشاء كاذب يطفو في الحنجرة . فاذا ما طال هذا الارتجاف في القصبة والشعب كان انذارهُ مكرباً يدل على انتشار الذبحة الى الشجرة الهوائية

٤٤ السير والمدّة والانتهاء . اعلم ان المرض يبدأ باحدى الطرق التي اسلفنا بيانها وهو يبلغ سريعاً دور الوقوف كما سبقت

الاشارة اليهِ. فتارة يتبع سيرًا متزائدًا بالتدريج واخرى يشفُ عن فترات بيِّنة قد يميزها ما يعتري الصوت من التغيّر الطفيف. ومن النادر ان تكون الفترات حقيقية كاملة بعد ان ينفث العليـل اغشيه كاذبة. ولكن مهمـا كان الامر من هذا المرض فقد يمكن تمييزهُ الى دورَين وهمـا دور البهر ودور الاختناق

اما مدتهُ فيصعب تقريرها وقد يكون قُصرهـا منسوبًا الى صغر الولد وضعفهِ والى ما يكون عليهِ من ضنك العيش. فان الذبحة الوبائية يكون سيرها أَسرع من سـير الذبحة المحلية ومعدل مدتها من ثلاثة ايام الى ثمانية بالنظر الى الاولاد ومن خمسة عشر يومًا الى ثمانية عشر بالنظر الى الشبان

واما انتهاؤهُ فقد يكون بموت العليل عقب نوبة فيصبح نبضهُ صغـيرًا جدًّا وعينهُ متمائلة في محاجها ونظرهُ منطفئًا وبدنه يغشِّيه عرق بارد وتنفساته يصحبها تشنج في الوجه ثم تاخذ في التقاصي الى ان تنقطع

قد يصادف في اثناء الراحة ان يصفرَّ العليل بغتةً وتخور قواه فيمسي نبضهُ صغيرًا غير متسق وتنفسهُ متعسرًا ووجههُ رصاصيا فيشتدّ الاختناق وينتهي بقتل العليل

وقد يصادف في النادر ان ينفث العليل انبوبًا من الغشاء الكاذب فيبرأ دفعة . وقد تتناقص الاعراض الثقيلة فيشفى شيئًا فشيئًا من غير ان يشعر بذلك . وقد يكون الشفاء غير تامّ فيشعر العليـل ببحوحة مدة طويلة وقد يستمر منقطع الصوت

٤٥ التشخيص. لابدّ من التمييز بين الخناق الغشائي والذبحة الغشائية لان الخناق لا يتغير الصوت فيهِ. ثم اذا تفحصت عن غور الحلق شاهدت ان الاغشية الكاذبة تشغل اللوزتين والغلصمة وقوائم اللهاة بينما ان الامر في الذبحة يكون على خلاف ذلك فهي تشف عن تغيّر في الصوت والسعال يعقبهُ بهر ولا تشاهد اغشية كاذبه عند استقصائك قعر الحلق. ومع ذلك فلا بدّ من الالتفات الى امرٍ وهو ان الذبحة قد تعقب الخناق فتشترك الاعراض العامَّة بينهما كالنكت البيضاء الحلقية وتنوعات الصوت والبهر

ان الالتهابات الشعبية الحادة العامة والشعريّة اذا ما بلغت في الاولاد حدّ الاختناق احدثت بهراً مجانساً لِما يشاهد في الذبحة الغشائية. ثم ما قد يعترى الصوت من الانقطاع قد يحمل بعض الاطباء على خلط هذه العلّة بالالتهابات الشعبية الشديدة مع ان كلاً من انتفاء النوب البهرية والتفحص المدقق عن تغيرات الصوت والسعال مماً يؤذن بتمييز ذلك. اما التشخيص فيكون صعباً عند وجود امراض حنجرية

ان الالتهاب الحنجري الحادّ اذا ما نوّع الصوت أوهم بوجود ذبحة غشائية غير ان الولد لا يكون فيهِ الاصفرار ولا الضعف اللذان تبديهما الذبحة الغشائية وتفحص الحلق يكون بكليتهِ سلبياً

اما اذا كان هذا الالتهاب مصحوباً بالاعراض التشنجية التي تتقوم بها الذبحة الكاذبة فيكون تمييزهُ اصعب وهو الذي حمل العلامة بريتونو على ان أعمل الفكر في تمييزهِ

فالذبحة الكاذبة هي غالباً نتيجة تبرّد اما الذبحة الغشائية فوبائية ومعدية . في الاولى يكون الصوت ابح وغليظاً وفي بعض الاوقات مزدوجاً وفي الثانية يكون منقطعاً . في الاولى يكون السعال ابحّ رناناً وفي الثانية منقطعاً مزعجاً نوبيا . في الاولى تكون نوب البهر ليلّية صرفاً وفي الثانية ليس لظهورها ساعات معينة . في الكاذبة قد تكون النوبة وحيدة او تحدث على الكثير مرة مدة ثلاث او أربع ليال اخذةً في التناقص الى ان تصير طفيفة بينما ان النوب في الغشائية تتقارب مشتدة شيئاً فشيئاً . في فترات الاولى يكون العليل سليماً وفي الثانية يكون في بهر دائم يقتاده الى الاختناق

ان اوزيما المزمار اذا تأتت دفعةً اختلطت بالذبحة الغشائية فضلاً عن ان الاعراض التشنجية التي تصحبها زيادةُ البهر هي الدستور في اوزيما المزمار . ولكن كل من انتفاء الحمّى والخناق ذي الغشاء الكاذب الذي يكثر حدوثهُ في الذبحة يؤذن بفصلها . وانت تستوفي التشخيص اذا ما اطلعت على احد اسباب الاوزيما

اعلم ان انتفاء الحمّى وسرعة ظهور الاعراض الحنجرية لا سيما الدلائل السابقة مما يمكّن من تمييز جسم غريب مستقرّ في بُطين الحنجرة وما يبديه من الاعراض عمّا تبديه الذبحة الحنجرية

اما بالنظر الى درن الحنجرة وقروحها فان طول مدتها مما يؤذن بتشخيصها (انظر السلّ الحنجريّ)

٤٦ الانذار . الذبحة الغشائية مرض ثقيل جدًّا وهي اشدُّ في

الحوادث الوبائية مما تكون في الحوادث العِدادية

وقد يكون الانذار شديدًا لاسباب منسوبة الى صغر الولد . واذا ما صحبهـا زكام غشائي أحدث فيهـا نوعًا مسما . وقد ترتبك بعللٍ تجعلها من اشد الامراض . منها الالتهابان الشعبي الذبحي والشعبي الرئوي

٤٧ العلاج . لما كان الخناق الغشائي مماً يسبق غالباً الذبحـة الغشائية كان أوفق شيء للصحة معالجتهُ بوسائط قويَّة تختص بهِ وعليهِ فينبغي كيُّ الاغشية الكاذبة بحجر جهنم كيًّا شديدًا ثم تكرار الـدَّهن بماء الجير مع استعمال المقيئات كعرق الذهب او الطرطير المقيّ اوكبريتات النحاس . ثم قـد مدحوا اخيرًا استعمـا ل الابومُرفين من الواحد الى الثلاثة سنتيغرامات مدة اربع أو خمس ساعات لولد بين السادسة والثامنة من عمرهِ . انما اخصّ قوته القيء ليس غير على رغم ما ذهب اليهِ الدكـتور سميدوفيش

اما اذا ما مسَّ المرض الحنجرة فلا بدَّ من أدوية أُخرى تضاف الى المقيئات . وعليهِ فقد اشار الدكتور تريدو الى استعمال البلاسم في الداخل كالكوباي والكبابة الصيني وتقويةُ فيهِ قد جاء على احسن توفيق

قد اطرأ جمهور من الاطبـاء استعمال التِيلوكـربين حِقنًا جلدية بكمية سنتيغرام واحد . وقد وقع سنة ١٨٨١ هوس في استعمال هذا الدواء ظنًا ان الافرازات الشعبية والحنجرية التي يُحدثها هذا الملح الشبيه بالقلويّ شانها ان تحلل الاغشية الكاذبة وتدفعها الى الخارج الا انهُ من سوء الحظ

لم يجيء هذا الدواء مقارناً لما كان الامل فيهِ وعليهِ فكاد يسقط الآن

قد مدحوا اخيرًا محلول البروم لِما حصل منهُ من الافادة. وصورة استعماله : ان تعطي الولد كل نصف ساعة ملعقة ماء بعد ان تنقط فيها نقطتين أو ثلاث من هذا المحلول بمعدل ..١/٪ ولا تدع العليل يأكل في بحر النهار غير المرَق والشوربة

لا بدَّ في العموم من تقوية العليل بالاستحضارات الكِنكينية أو خمر بوردو او الكونياك المسخن الممزوج بالروم . اما الحمية فتقتصر على البيض أو قليل من اللحم المشوى أو المقلى . فهذا هو العلاج العام الذي يصلح استعمالهُ في هذا المرض

لا بدَّ مع ذلك من استعمال علاج موضعيّ منهُ ان تدهن الحنجرة بقلم شعريٍ ملوي مغمس بمحلول نيترات الفضة بمعدل .١/٪ كل يوم ثلاث أو أربع مرار. ومنهُ استعمال مسحوق ماء الجير وجاوات الصودا او هيدروبرومات الكينين . فقد افاد كلٌّ من هذه العلاجات في بعض الظروف

قد مدح الدكتور دوتيل في علاج هذه الذبحة استنشاق البخار المتصعد عن احتراق روح التربنتينا بيد انهُ لم ينجح كما تبينتُ ذلك في مستشفى الاولاد في باريس

اخيرًا اذا اخذت النوب على رغم هذا العلاج ان تتقارب واوشك دور الاختناق كان من اللازم قطع القصبة قبل ان يتقدم المرض

وعليهِ اذا دعيت الى عليل فلا بد من ان تتبع ما اشار اليهِ الدكتور ارشمبو من ضرورة القطع ما زال العليــل في قيــد الحيوة ولا تحسب ابدًا ان الزمان قد فات . اما اذا تتبعتَ احوال عليل من اول مرضه فاقطع عند ما يصير الاستماع اصمّ أي عند ما ينحجب اللغط التنفسيّ. فاذا ما تقرّر السحب تحت القص وفوقهُ كان ايضاً من الادلة الناطقة على القطع

اما بالنظر الى عدم الارتآء الى القطع فقد اختلف فيهِ. فمن الاطباء من لا يجيزهُ في الاولاد قبل ان يبلغوا الستتــين اذ ليس فيهِ ما يُحمــد من الافادة. ومنهم من لا يجيزهُ ابدًا عند وقوع اشتراك رئوي كالالتهاب الشعبي الرئوي وهذا النهيُ عن القطع وان كان صــارماً الا انهُ عادل بالنظر الى الالتهاب الشعبي اذ لا يفيد القطع والحالة هذه لان المرض قد يكون امتدَّ الى جزء كبير من الشجرة التنفسية غير منحصر في الحنجرة

المبحث الخامس

في السلّ الحنجري

لم يتفق العلــما دائمًا فيما يراد بالسل الحنجري فذهب الدكتوران تروسو وبلوك الى انهُ كل التهاب حنجري ينتهي الى التقرّح ووافقهــما جمهور من الاطباء. اما العلامة كِرڤيليه فتخيّر ان المراد بهِ كل التهاب حنجري قرحيّ يبدو في متدرّن. واما الرأي العام المعوَّل عليهِ فهو انه مرادف

لتدرّن الحنجرة . وقد يكون اوليًّا اي اول ظهور التدرّن وهـو نادر وقد يكون في اغلب الاوقات ثنويًا عقب تدرّن رئوي

٤٨ الاسباب . هذا المرض بالنسبة الى غيره متواتر. اصابتهُ للرجال اكثر منها للنساء وللاولاد اكثر منها للشيوخ . فان الرجال يمارسون بعض حرف من شأنها ان تهيج هذا المرض وتخصهُ بالحنجرة منهـا ما يحمل العامل على استنشاق غبار حريف ومنها ما يجرّه الى التعرُّض للانتقال الفجائي من بيئة الى اخرى ومنهـا اخيرًا ما يحمل على الافراط في استعمال الآلة الصوتية

هـذا المرض وان اصاب من كان في رغد من العيش الّا انهُ اشدّ اصابة للجمهور الذي قلما يعتني بقوانين الصحة وتجويد الاغذية

ان التفحص الذي تحرّاه العلماء اخيرًا عن تلقيح التدرُّن (١) قد مكّن من الوقوف على كيفية انتشاره من الرئة الى الحنجرة

اعلم ان البصاق الذي ينفثـهُ المتدرّنون يحتوي على كمية عظيمة من الجسيمات الدرنية التي تردع التدرُّن كما اثبتهُ العلامة ويلمن بما اتى بهِ من التبحثات الجميلة . فان البصاق عند مروره الدائم في الحنجرة قبـل تفله يستودعهـا شيئًا من الجرثومة المُعدية . وعلاوة على ذلك فان كل التهاب مهما كان الامر من طبعه يعاون على تلقيح هذه الجراثيم ودورانهـا كما

---

(١) انظر البحث في التدرُّن الرئوي

تثبتهُ ابحــاث الدكتور هانو (١) وذلك ممّا يدل على ان علل الالتهاب الحنجري العامة التي سبق الكلام فيها آنفاً قد يكون في وسعها ان تقرّر في شخصٍ مستعدٍ دوران التدرّن في حنجرته

ان المتدرّنين لا يصيبهم السل الحنجري وحده على ان ما يتحملونه من العناء في السعال يمكنهُ ان يُبدي فيهم التهابات بسيطة وعليهِ فينبغي فصل الذبحة الدرنية من الذبحة التي تصيب المتدرنين . فالأُلى تكون نهايتها دائماً سيئة واما الثانية فهي قابلة الشفاء وقد تسبق غالباً الذبحــة الدرنية فتحدث التدرّن الحنجري

٤٩ التشريح المرضي . ان المرآة الحنجريّة تأتينــا بوسائط تمكناً من تتبع سير الآفات في الانسان الحيّ . وعليهِ فانّا نورد هنــا ما تبديه من النتائج ثم نكمله بما نتبينهُ عند الاكتشاف التشريحي

السل الحنجري لهُ دوران : اولهما التهيج او الارتشاح وثانيهما التقرّح او الانفراز

١ً دور التهيج او الارتشاح . يشاهــد في باديْ الامر احمرار على سطح الناحية الطرجهاريّة فان غِددها تكون وارمة تشفّ عن منظر خشن يشبه منظر السِبت . وقد يحمرّ قليلاً الجزء الخلفيّ للوتريَن الاسفلين . اما في بعض الظــروف فقد يتضخم ما بين الطرجهــاريين فيمنع تماسّ الاوتار الصوتيــة فينتج عن ذلك تغيُّر في الصوت منذ البداية من غير آفة وتريّة .

---

(١) في النسَب بين الالتهاب والتدرُّن . باريس (١٨٨٣)

فاذا بدأت الآفة بالوترين الاسفلين انقلب ورديًا لونها الصفديّ وبدا على سطحيها العلويين كدمٌ صغيرة او تمددات وعائيّة صغيرة ايضًا . امـا ظـاهرهما فيكون خشنًا وقد يتخذ كل منهما هيئةً مستديرةً لما يعتريهِ من الغلاظة

فان بدأ المرض بالوترَين الاعليين انتخـا تمامًا حتى غطيا الاسفلين فيتعسَّر والحالة هذه اكتشاف هذين الاخيرَين بالمرآة الحنجريّة . وان بلسان المزمار أخذ ينتفخ ولم يتحوَّل لونه الاعتيادي المصفرّ ورديا خمريًّا الَّا بعد مدَّة . وقـد يندر حدوثه مقتصرًا على ناحية واحدة انما يكون اكثر شدة على واحدة دون غيرها . وقد تصاب جهة واحدة من الحنجرة فيبقى لسان المزمار منزَّهًا عن كل آفة على رغم ما يجاورهُ من الآفات الحنجريَّة

٢ً دور التقرُّح أو الانقزار . تظهر القروح اولاً صغيرة مستـديرة ورديَّة اللون تارةً متفرقة وهو الغالب وأُخرى متصلة . ثم تأخذ تغور بنفسجية الاحفَّـة مصفرَّة الغور يكسوها مخـاط لزج قد يكون مدمىً فتنتهي بان تصيب احد المفاصل او احد الغضاريف وحينئذٍ يتغير منظر القرحة فجاءة . وهـذا التغيُّر ينشأ اما عن ظهور أُوزيما او تكوين خِراجة . فان كانت القرحة ممتـدة اشفت عن منظر ناصوريّ قاسية الاحفة ممزقتها ومائلة الى الداخل يخرج منهـا صديد وقت يتحمل العليل عناء في سعالهِ . وان قليلة الامتداد فأحفتها تكون دقيقـة بنفسجية اللون منفصلة عما تحتها

اما قروح لسان المزمار فلا تأخذ الآفة فيها مأخذًا كبيرًا اذ عند وصول

القرحة الى الغضروف الليفيّ تظهر الاوزيما فيأخذ لسان المزمار شكل حويّة وردية اللون تحجب الحنجرة بين القليل والكثير

اما قروح الوترَين الصوتيين الاعليين فقد يتولّد عليها ناميات ليّنة تُشبه الازرار اللحميّة الكلوميّة وقد يتواتر هذا المنظر المزرَّر على الوترَين الاسفلين وتأخذ الازرار بالاتساع حتى يخال انها بواسير حلميّة الشكل حقيقية . فاذا كان مركز القروح حافة الوتر المعتقة وكان الوتر قد فسد على كثير من نقطهِ اشفَّ عن منظر متسنّنٍ كالمنشار يكاد يميزهُ . ومن النادر جدًا حدوث الاوزيما في الوترَين الاسفلين لما لهما من النسيج المندمج

اما الاوزيما الدرنية التي تعتري الحنجرة فتبدو على شكلين مختلفين . فتارةً تكون حمراء متجمدة واخرى بيضاء رخوة وهلامية . فالحمراء تظهر عند بداية الارتشاح الدرنيّ وكلما ضعف العليل وزادت كرياته البيضاء حال لون الاغشية المخاطية وامست الاوزيما مائلة الى البياض . اما في بعض الاوقات فيرشح النسيج الخلوي الكامن تحت الغشاء المخاطي بمادة مصليَّة تُكسب الاوزيما منظرًا هلاميًا رخوًا يشاهد ايضًا عند حدوث بعض الآفات كالبول الزلاليّ وسرطان الحنجرة

اما الخراجات الدرنية فقد تختلف قليلًا عن الاوزيما منظرًا وهي تبدو في العموم على سطح الناحية الطرجهاريّة وتنشأ عن نخر الغضروفين الطرجهاريين او عن التهاب درَني قد اعترى المفصل الحلقي الطرجهاري .

اما عند الاكتشاف التشريحي فلا يُشاهَد في الحنجرة درَن دخنيّ . واعلم ان الالتهاب يبداء على العموم في وسادة الغشاء المخاطي . ولما كان من طبيعتهِ الانفزار نظير سائر الالتهابات الدرنية كان لا بدّ من ان يتبعهُ تقرُّح وانفصال وارتشاحات صديدية الى ان يُصاب مفصل او غضروف فيأخذ النخر في الغضاريف والالتهاب الصديدي في المفاصل وحينئذٍ تتناثر العضَل وتُعتقَل المفاصل فتتقشع الغضاريف وتقوح وتنخر ثم تنفرز فيظهر التقيّح والاوزيما اللذان سبق الكلام فيهما

٥٠ الاعراض . قد يبتدئ السل الحنجري متوردًا وقد يعقب ذبحة حادّة . اما في دور الوقوف فيمتاز بالاعراض الآتية :

اول عرض يبدو موثرًا انما هو تغيُّر الصوت فيكون في بادىء الامر أبحّ طالما يستترّ الدليل الوحيد على هذا الداء . وقد يصحبهُ ما يمنعهُ منعًا مطلقًا عن ابراز نغمات حادّة فيفقد الصوت من شدّته ويضعف ويضطرّ العليل عند التكلم الى تحمّل عناء على خلاف عادته وتارةً تبدو آفات الصوت بتغيرات في نوعه فيمسي أبحّ وأصمّ . وقد يشاهد ايضًا ما يسميهِ الاستاذ جاكود بالصوت المزدوج . ثم قد يجتمع على سطح الوترين الاسفلين موادمخاطية فينقطع الصوت اويضعف بيدَ انه عند نفثها يرجع الى ما كان عليهِ اولاً وقد تتغيَّر نغمة الصوت مرارًا عديدة مدة النهار . اما تنوعاته فتبدو لا سيما صباحًا او مساء انما يسترجع قسمًا من نوعه وقونه في بحر النهار . ثم كلٌّ من تغيُّر الطقس واستنشاق بعض الغازات والغبار الحرّيفة

والمشاقّ الطبيعية شأنه ان يؤثر في الصوت في حالة المرض اكثر منهُ في حالة الصحة. ثم تنقص فيما بعد حدّة الصوت شيئاً فشيئاً الى ان يمسي العليل فاقد الصوت بكليتهِ . وقد شوهد ان فاقدي الصوت يسترجعون نوعاً من الابحّ فتمكّن المرآة الحنجريّة والحالة هذه من رؤية قطع من الغشاء المخاطي متجلجة في حنجرتهم

قد اجمع العلماء على ان السعال هو كثير التواتر في السلّ الحنجري . اما العلّامة بيترفذهب الى ندرته في السلّ الحنجري وتواترهِ الزائد فيهِ اذا ما رافقهُ السلّ الرئوي . ولكن مهما كان من امر هذا المذهب فان هذا السعال لهُ صفة خصوصية قد سمّاهُ الطبيبان تروسّو وبلوك (١) بالسعال الجشائي . وقد أتى هذا التعبير موافقاً اذ يظهر العليل كأنه يتجشاء . اما نوع السعال وتغيراته فقد تكون مجانسة لما يعتري الصوت منها . وقد يصادف ان يشعر العليل في الوقت نفسه بألم متوسّط الحدّة يكون في ناحية الحنجرة ويسعال كثير التواتر وشديد النوَب وهذا مما يدل على ان المرض الرئوي شديداً وسريع السير وان السلّ الحنجري ينتهي أجلهُ سريعاً كما ذهب اليهِ الدكتور بيتر . وقد يعتري العليل سعال ناشف شاقّ نوَبيّ يؤخذ عنهُ ان العلة عن الحنجرة لا عن الصدر

ان النفث لا يظهر في البداية . اما بعد مدة فيأخذ العليل بدفع مادة

---

(١) في المقالة عن السلّ الحنجري . باريس (سنة ١٨٣٧)

مخاطية لزجة مبيضَّة كأن اصلها مضاعفاً لانها تأتي عن الحنجرة والرئة فينتج من ثم انها تكون اغزر مما هي في الذبحة المزمنة البسيطة . ثم انه لمّا كان السل الحنجري يسير والسلّ الرئوي كان النفث مشابهاً لنفث السل الرئوي

اما التفل فقد يكون صعباً مؤلماً لانتفاخ الثنيتين الرابطتين للطرجهاريتين بلسان المزمار

اذا ما تقرّح سطح الحنجرة دفع العليل احياناً عند بصاقه الصديدي شظايا غضروفية ومخاطية. وقد يكون بصاقهُ مخططاً بالدم فيشاهد فيهِ والحالة هذه نزف دم حنجري يمتاز عن النفث الرئوي اذ لا يرافقهُ سعال ولا يشير الاستماع فيهِ الى ادنى اضطراب حديث . هذا ونوع الصوت يكون فيه خفياً فاذا ما كان النفث غزيرًا كان على شكل يشبه القيّ . والدم يكون اقلّ زبدًا ورغوةً مما يكون في النزف الشعبي فضلًا عن قلّة ما يتخللهُ من الهواء

ان السلّ الحنجري لا يكون مؤلماً في البداية ومع ذلك فان كثيرًا من المرضى يشعرون من اول دور بكربٍ وحرارة ودغدغة ونخز كأن جسماً غريباً هو في رأس الحنجرة ثم بعد مدة يبدو الألم شديدًا متواصلًا قد ينشأُ عنهُ انحراف وأرقٌ وتزايد في الحمّى وهذا الألم لا يكون في العموم زائدًا عند غمس الحنجرة اما عند الابتلاع فيشتدّ . فاذا ما ازمن الداء رأيت اكثر المرضى يشكون كربًا في البلع وقد يهيج الابتلاع عند اخرين آلاماً شديدة الوطأة والتأثير وهي وان كان مركزها في الحنجرة فيمتدّ التهابها فيصيب اما اذناً واحدة واما الاذنين معاً . وقد لا يكون هذا الألم الّا في

الاذن فقط والعليل لا يشعر الّا بكرب طفيف على سطح الحلق . وقد يكون الألم شديدًا ينتهي باختناق العليل عند الازدراد فيتخيّل والحالة هذه ان كل ابتلاع من الجوامد اولاً ثم من السوائل انما هــو من اشدّ ما يعذّبه . فيأخذ اذ ذاك في انتقاء اغذيته فيرفض الاطعمة المالحة والبهــاريّة والحامضة . ثم ان الاطعمة العذبة لا تعتم ان تسبب عنــد مرورها آلامًا حادّة فيتركها مبتعدًا عن كل غذاء جامد . وقد تبلغ الشدّة بهِ الى ان يدفع ريقهُ دائمًا ولا يقدر ان يغتذي الّا بقليــل من الحليب تجنبًا لما يهيج الازدراد فيهِ من الآلام الحادّة

اما التنفس فيبقى قليل الكرب في العموم طالما لا تبدو الاوزيما الحنجريّة . لكن اذا ما انتفخ الغشاء المخاطي الحنجري اصاب العليل بهرٌ شديد يزداد عند الحركة . وقد يصحبهُ ما يعيق العليل عن الصعود في سلّم وعن السير السريع وعن تجشم اي شيء يكون متعبًا . فاذا ما اشتدّت الاوزيما المزماريّة عند نهاية المرض دام البهر متواصــلًا ومتزايدًا واحدث السحب الذي قد يتحوّل الى الخناق . ثم انهُ علاوة على ما تبديهِ الاوزيما من هذا البهر فانها تنتهي بنوَب خناقية قد يكثر تكرارها في فترات يموت العليل في اثناء البعض منهــا . ومن جملة الاعراض الموضعية اللغط السنجتي او البوقي الذي تسمعهُ عنــد وضع المسماع على الحنجرة

اما الاعراض العامة فهي اعراض السل الرئوي نفسها وانا اقتصر على ذكر اهمها وهي حمّى الدق والهزال والنحول وخؤور القوى وفقد شهوة

الأكل ثم الاسهال والعرق الليلي

٥١ السير والمدة والانتهاء . ان الاولين يتغيران بمقتضى الآفات الرئوية السابقة وسيرها ومركز الآفات الحنجرية . اما الانتهاء فيكون في العموم الموت عقب الآفات الرئوية او فساد الحنجرة. وقد يشترك في اغلب الاوقات بالاوزيما الحنجرية فيطئ الموت سريعاً

٥٢ التشخيص . ان كلاً من الآفات الحنجرية المزمنة مما يوهم بوجود سل حنجري واعمها النزلة الحنجرية المزمنة لما يصحبها من الاضطرابات الصوتية بيد انها تمتاز عنه بمدتها الطويلة وصحة العليل وانتفاء الآلام والحمى والآفات الرئوية

قد يندر جداً فقد الصوت في النجعة الزهرية الّا انه قد يكون خشناً وأبح ويكون مركز الآفات غالباً على لسان المزمار. فيشاهد عند الاستقصاء قروح قليلة العدد محمرة الدائرة احمراراً اقتم ورمادية اللون او الى اصفرار في مركزها . واذا ما رافقها الاوزيما الحنجرية احمرت هذه وتصلبت ونشأ عنها لغط بوقي خشن رنان قد تمتاز به

اما السرطان فيمتاز بما يعتري الصوت من التغيرات الابتدائية ثم بما يبدو سريعاً من العقد الصلبة المستديرة التي تتلجلج تحت الجلد وهي تكون امّا على جداري الحنجرة او على جدار واحد

اما بواسير الحنجرة فقد تأتي بانقطاع الصوت واعراض بهرية الّا انها لا تكون مؤلمة ولا يرافقها نحول ولا هزال

الجوحة العصبية لا يصحبها اعراض تنفسيَّة وهي تكــون من غير حمى

٥٣ الانذار . ان السلّ الحنجري لا يعــذر من الموت احدًا لكن القروح التي تصيب لسان المزمار وثنيتيه الطرجهاريتين يكون سيرها اسرع لما لها من النسيج الرخو الذي يسهل حدوث الاوزيما فيه . فضلًا عمَّا تبديه هذه الآفات من الآلام الشديدة المتواصلة

٥٤ العلاج . ان اول شيء يترتب على الطبيب في معالجته لهــذا الداء انما هو تخميد سعــال المتدرنين لانهُ يُتعب حنجرتهم فيكون من اشدّ الاسباب التي تحدث التهيجات الحنجريَّة وتعاون على امتــداد التدرّن الى آلة الصوت . فافرض اذن على العليل الصمت التام وامنعهُ عن التدخين حالمــا يبدو في الصوت تغيُّرٌ او في الحنجرة آفة او ألم وان استمرت الاعراض على رغم هذه النصائح الصحية فضع الحوّلات امام العنق كالدَهن بالصبغة اليودية او الدَلْك الخفيف بزيت حب الملــوك او ضع حراقات طيَّارة على جداريّ الحنجرة . وان لم يزل الداء متقدمًا على رغم هذا العلاج او بدت آلام عــند الازدراد وقصاراي ان ظهرت دلائل التقــرّح فعليك بلمس القروح بكاويات خفيفــة . بيدَ انهُ ينبغي ان تعلم جيــدًا ان قروح لسان المزمار وثنيتيه الطرجهــاريتين لا يجب لمسها سوى بكاويات ضعيفة كمحلولات نترات الفضة او كبريتات الخرصين او كبريتات النحاس بمعدل واحد بالمئة . اما اذا كان مقرّ الآفة في الناحية السفلى فيسوغ استعمــال

محلولات اشد تركيزاً كمحلول نترات الفضة بمعدل ٥ في المئة

اذا كانت الآلام حادة جداً وكانت تزداد كثيراً عند الابتلاع بحيث تكون عائقاً للتغذية فيصلح وقتئذٍ استعمال الحقن الجلدية على مساواة الألم . وينفع ايضاً استعمال المسحوق الآتي على مستبطن الحنجرة بواسطة قلم شعري وهو :

كلوريدرات المرفين	١	ج
يودوفرم	٢	»

وقد يحسن ايضاً تحويل السائل الآتي الى ضُباب امام الحلق وهو :

كلوريدرات المرفين	٠،٠٢	سج
ماء مقطر	٣٠	ج

يستعمل ذلك في جلسة واحدة . فان لم تنجح هذه الوسائط فينبغي لمس الموضع بقلم شعري مغمّس باحد المحلولَين الآتيين وهما :

ماء الغار الكرزي المقطر	٢٠	ج
حلوين متعادل	٢٠	»
كلوريدرات المرفين	٠،٥٠	سج

او :

كلوريدرات الكوكايين	٠،٢٠	سج
ماء مقطر	١٠	ج

واذا اخذت العليل نوَب سعال مؤلمة ناشئة عمّا يكسو الحنجرة من

المواد المخاطية فيمكن تحويل السائلين اللاحقين الى ضُباب كما سبق :

صبغة الجاوي	١	ج
ماء قراح	١٠٠	«

او :

حمض الفينيك	٠٫٢٥	صج
ماء قراح	١٠٠	ج

اما اذا تكونت اوزيما او خراجات وأبدت نوبًا بهريّة متزايدة او اذا خِيفَ وقوع اختناق قريب فينبغي قطع القصبة من غير ابطاء

اما العلاج العـام فيتوقف اما على زيت السمك صرفًا او ممزوجًا بروح القطران اوعلى الاستحضارات الزرنيخية والفُسفاتية وما اشبهها بمقتضى حالة العليل .

المبحث السادس

في سرطان الحنجرة

٥٥ سرطان الحنجرة ضربان : الاول يبتـدئ رأسًا في الحنجرة فيدور فيها وينتهي بقتل المصاب بعد ان يهيج اضطرابات شديدة في الجهاز الصوتي . والثاني لا يصيبها الّا بعد ان يصيب عضوًا مجاورًا كالحلقوم وهو يبدو باعراض تختص بمقرّه الاول . ونحن نتكلم الان عن الاول لان الثاني انما هو اشتراك سرطان اللسان او الحلقوم اوالمرئ

قد اختُلف فيما يُراد بكلمة سرطان فذهب الاقدمون الى انهُ كلُّ ورم في وسعهِ ان يصير عامًا محدثًا في آخر الامر هزالاً خصوصيًا يمتاز بهِ دوره الاخير

اجمع المشرّحون والعلامة كرڤيليه على ان السرطان يمتاز بالنظر الى صفاته التشريحية بعصير خاص يسيل عند بشر الورم هو العصير السرطاني وكريات جسيمة مشوهة تدعى الكريات السرطانية. غير ان هذه المعارف قد سقطت في ايامنا هذه . فالسرطان ينقسم بالنظرِ الى تركيب قوامهِ النسيجي الى اشكال كثيرة نقتصر على ذكر ثلاثة من اهمها وهي المادة المخيَّة والبشريَّة الخاطية واللحمية

اما الاولى فسمُّوها بالمخيَّة لانها تشبه المخّ صلابة ومنظرًا يميّز قوامها النسيجي كريات جسيمة يختلف بعضها عن بعض ويفرقها استطالات دقيقة من النسيج الليفيّ

اما البشريَّة فتمتاز في الدور الابتداءي بانقسام كريات جسيمة تكون عادةً في قعور اكياس الغدد ومجاريها ثم تتمزَّق في الدور الثاني غُلف هذه القعور والمجاري فتنتشر الكريات في النسيج الخلوي المجاور فيصعب فصل المخيَّة عن البشريَّة بالنظر الى القوام النسيجي في دورهما الانتهائي

اما اللحمية فيسهل فصلها عن غيرها لما تحتويهِ من الكريات الصغيرة والعديدة المجانسة لكريات الالتهاب الجنينيَّة يفرقها عن بعضها رُبط من

النسيج الموصل . ولا يخفى ان الوقوف على السرطان الحنجري هو حديث عهدٍ قد اتى بذكره وتحرير تاريخه الدكاترة فوقل وايزمير وكرينابر

٥٦ الاسباب . اخص اسباب السرطان الوراثة ومع ذاك فان كثيرًا من العلماء لم يذكروا في ملاحظاتهم عنها شيئًا . فالرجال هم عرضة لهذا الداء اكثر من النساء لما يتحرّونه من الحرَف . فقد يندر حدوثه قبل سنّ الاربعين ويصيب غالبًا من كان قوي البنية ودموي المزاج

٥٧ التشريح المرضي والاستقصاء النظاري . قد تصيب الحنجرة الانواع السرطانية الثلاثة التي سبق ذكرها بيدَ ان المادة البشريّة هي الاكثر حدوثًا . اما الحيّة فنادرة واما الحمية فندر من كلتيها

ان الوقوف على وجود السرطان لصعب في البداية فهو يبدو على شكل محدّب لا متساوٍ ولا محدَّد . لونه اقتم وسطحهُ خشن ثم يتقرح الورَم في الدور الثاني . فان كانت المادة بشريّة اخذ التقرُّح في الاتساع والغور احفّته مجوّفة مشرزمة غير متساوية ولونها شديد الاحمرار تدمى بسهولة ويكون الصديد الذي يُغشيها جُلطيًا وكريه الرائحة

اما المخيّة فتأخذ عند تقرّحها تمتدّ امتدادًا فطريًا ثم يرتخي الورم فيبدو عند الاكتشاف التشريحي شبيهًا بصلابة المخّ . وقد تكسو سطح القرحة مادة مخاطية لزجة ودامية

اما الحمية فلا يتقرّح منها في العموم الّا نقطة واحدة من سطحها وهذه القرحة لا تميل الى النمو الّا انها اكالة تصرف شيئًا فشيئًا الورم

الابتدائي ثم تحوّل الى مادة عصيدية الشكل كل ما يكون تحتها من عضلات واوتار وغضاريف . فهذه هي الآفات التي تُشاهَد بتوسط المرآة الحنجريَّة . اما الآفات التي يمكننا من الوقوف عليها الاكتشاف التشريحي فهي الآتية:

يُشاهَد في البشريَّة فساد تام في قوام الجهاز الصوتي وفي الانسجة المجاورة له فتكاد الحنجرة السفلى ان تفنى تماماً واجزاؤها العايا التي تكون بقيت سليمة تُمسي مركز اوزيما عظيمة ثم تُصاب الغدد المجاورة فتتصلَّب وتزيد حجماً

اما في الحُبَيبَّة فالآفات هي غالباً اقلّ انتشارًا والاوزيما اخفّ مماً هي في المادة البشريَّة بيدَ انهُ اذا قُطعت القصبة وامكن الداء ان يدور من غير ان يحدث اختناقاً اتَّسع القطر السرطاني اتساعاً عظيماً قد شُوهد متصلاً الى القصبة ومحدثاً فيها نتوءا ظاهراً

اما في اللحمية فالآفات متساوية كبرًا لِما سبق من غيرها . الَّا انهُ لا يُشاهَد عليها ازرار لحمية ثم تكون القرحة متعرّجة غير مستوية تشفُّ عن نقط غير كاملة البرء هي في وسط الاجزاء الفانية . اما العقد العنقية فتبين عند القَطع متضخمة متصلّبة وشحمية كما تكون في الشكلين السابقين

٥٨ اعراضهُ . اول عرض يشعر بهِ العليل هو تغيُّر الصوت وقد يكون في البدء طفيفاً ثم يزداد سريعاً في نسبة انتشار الورَم السرطاني

اذا بدأ السرطـــان في لسان المزمار بطوء اضطراب الصوت ولم يظهر الّا عندما يمتد الورم الى الحنجرة فيسدها

قد يلي آفة الصوت كرب في النفَس ينتج عن انتشار الورم ثم عن ظهور الاوزيما ويكون في البداية ضعيفاً جدًّا غير انهُ قد ينقلب في الدور التقرّحي الاوزيمي بهرًا لا بل تنفساً انتصابيًّا فيصبح الزفير فيهِ اسهل . والشهيق يصحبهُ لغط بوقيّ قاسٍ وأَبحّ يكاد يميّزبهِ

قد يصير الابتلاع كاربًا متعباً ثم تتقرّح الحنجرة وتنتفخ فيتخيَّل العليل انهُ يبتلع رصاصاً مذوَّبًا حتى عند شرب الحليب نفسه . فاذا اصــاب الورم او الاوزيـا الناحية الطرجهارية انتفخ في اغلب الاوقــات مدخل المريء فتقرَّح وتعسَّر مرور السوائل فيه . وقــد يصاب العليل منذ البدء بلعاب غزير يزداد كلما قرُب الداء الى دوره الانتهائي فينشأ عنهُ عناء دائم عند الازدراد يعقبهُ ألم . وعلاوة على ذلك فان اللعاب قد يتزلّق فيصل الى رأس السطوح المقرّحة والوارمة فيعــاون حينئذٍ على تكوين مخــاط لزج وشديد الالتصاق يعيق كثيرًا مرور الهواء في المزمار المتضيّق فيمسي سبباً لنوَب سعــال شديدة ودائمة يؤدّي بهــا الى خوور قوى المريض وهزاله . وقد يحدث نزيف غزير يندفق عن سطح الورم المتقرّح فيدفعهُ العليــل نفثًا دمويًّا

قد يشكو العليـــل منذ البدء في جهة الحنجرة آلاماً واخزة تشبه وخز الابرة وقد تنتشر في الاذن فتصير في الدور التقرّحي الاوزيمي ثابتــة من

اخص الاسباب التي تُعيق الازدراد

قد يعتري الحنجرة ايضاً ألم يُشعَر بهِ عند ضغطهـا فقط على ان هذه الناحية تكون وارمة والعنق مستدير الشكل يستظهرهُ وجود العقَد العنقية المصابة التي تكون من اكبر الدلائل المميزة لطبيعة الآفة السرطانية . وقد يُشاهد عند الدور الانتهائي في مقدَّم العنق ورَم متموّج يتوارى قسم منهُ عند دفعهِ وهو خراجة تميل متجهة الى الخارج

٥٩ ان الاعراض العامة وان لم تظهر في الدور الابتدائي فلا بد من ظهورها في بداية الدور التقرّحي . فيصبح النفَس نتناً كريهاً ذا رائحة غنغرينية والضعف متزايداً ذلك بالنسبة الى عسر الابتلاع وحينئذٍ يبدو اللون التبني السرطاني ويحدث نزف حنجري غزير قد ينتهي بموت العليل . فان لم يُمِتهُ عاوَن دائماً على تضعيفه ووَهن قواه . ثم يصير المصاب في الدور الانتهائي مهزولاً عرضة لانتفاخ العقَد كلها والالتهابات الوريديَّة الانهزالية التي تسمَّى بالاوزيما المؤلمة . وقد يمكن حدوث التهابات شُعبية رئويَّة غنغرينية الشكل قد تكلم عنها في سرطـان اللسان الدكتور تاوافيل أنجل وهي تنشأُ عن فساد الرئة بما يحملهُ الهواء من الاركان العفنة الناشئة عن تحلُّـلات وغنغرينات جزئية تبدو على سطح الاورام المتقرّحة

٦٠ السير والمدة والانتهاء . اشكال السرطان ثلاثة : فالحمي ابطأُ من غيره دوراناً وانا لا اجهـل ان ذوي التشريح المرضي يستحسنون فصلهُ عن الطوالع السرطانية ولكن لما كان من شانه ان يتقرح وان يصيب

العقد ويصبح عاماً استحسنت ان اتكلم عنهُ هنا في سرطان الحنجرة والبشري ابطأ من الخي . اما الخي فتكثر فيهِ الانزفة الدموية . وقد يصير الاضطرار الى قطع القصبة فتقتصر حياة العليل على شهر او ثمانية اشهر كما اشار اليهِ العلامة فوِقــل وربما حلَّ الاجل قبل هذه المدة

قد يصادف ان يميل السرطـان بعد قطع القصبة الى ان يصيب الاجزاء المجاورة كالعقد العنقية فتتكوَّن خراجات في القرب من الآفة ويصير من شأن ادنى حركة في الانبوبة ان تحدث انزفة دموية . وقد يُصاب ايضاً مدخل المريء فيموت المريض شقيًا

٦١ التشخيص . اذا كانت آفة الصوت هي وحدها المميزة لهــذا الداء عسر تشخيصهُ . وعليهِ فلولا الاستقصاء بالمرآة الحنجرية لأمكن خلطهُ في الدور الاول بنزلة حنجرية مزمنة او بذبحة زهرية

اذا استقصيت الحنجرة وشـاهدت ورماً منتشرًا لونهُ احمر ناصع خمريّ تتلوَّن بهِ سريعاً الانسجة المجاورة امكنك ان تحكم بوجود السرطـان وان تقرح الورم وسهل نزفهُ وقاوَم كل علاج هان حينئذٍ تشخيصهُ بالنسبـة الى ما يختلط بهِ من الامراض . فان القرحة الدرنية الحنجرية لاتعتري الَّا المصابين بالتدرُّن الرئوي المتقدم

تمتاز القرحة الزهرية باصفرار غورها ولونهِ السنجابيّ مع تغشيه بصديد مع ان غور القرحة السرطانية يكون احمر دامياً ومحبباً يشبه الجرح المزرّر . اما عند بقـاء الريب فيعالج العليل بالعلاج الزهري كيودور البوتاسيُم

والاستحضارات الزئبقية فان اثّر فيهِ كانت القرحة زهرية والّا فسرطانية

٦٢ الانذار . يكون سيئاً على الاطلاق

٦٣ العلاج . على الطبيب وصف المقويات والمسكنات بالطرق نفسها التي ذكرناها في علاج السل الحنجري فهي من احسن وسائط التمريض في اوائل السرطان الحنجري . اما اذا اوشك الورَم ان يسدّ المزمار وكان العليل عرضةً لنوَب خناقية فقطع القصبة حينئذٍ لا بد منهُ

يشير بعض العلماء الى استئصال اجزاء من الورَم بجفوت اسنانها مستديرة غير ان هذه العملية لا تتجاوز منفعتها حدّ الافتراض فضلًا عن انها قد تعرّض العليل الى اترفة خطرةٍ . فاني افضل عليها قطع القصبة الّا ان هذا لا يكون الّا مسكناً فقط

ذهب بعض العلماء الى استئصال الحنجرة بكاملها وقد جرت هذه العملية مراراً منها على الخصوص ما نجح فيهِ الدكتور لاون لابّه وهو احد الجرّاحين في مستشفيات باريس (١)

المبحث السابع
في الالتهاب الحنجري الزهري

يبدو الالتهاب الحنجري الزهري على ادوار مختلفة واشكالٍ متنوعة كما سيأتي وصفها وبيانها

---

(١) الاسبوع الطبيّ سنة ١٨٨٦ وجه ٣١

اولها النزلة الزهرية الحنجرية . قد تحدث غالباً في الدور الثنوي ولا تزال خفية لان اعراضها العامة والوظيفية توشك ان تكون مفقودة . فاكثر شيء يتأتى انما هو تغيّر موضعي يعتري الصوت طفيفاً على سبيل الزوال لا الاستمرار . وهذه الآفة وان لم يُحبِ العلماء فيها ولم يَصفوها فهي مع ذلك من الآفات الكثيرة التواتر فيه لانهُ اذا جرى الفحص بتدقيق على حلق كل من المصابين بالداء الزهري وقت تظهر فيهِ الوردية شُوهد في اغلبهم احمرار قد انتشر في الغلصمة وجزء اللهاة المؤخر وقوائمها

يشف الاستقصاء الحنجري عن احمرار بليغ الشدة زنجفريّ اللون يرافقهُ احياناً افراز ضارب الى البياض يغشيّ الاوتار الصوتية . اما مدة هذه الظاهرة فلا تتجاوز الاسبوع

ثانيها الآكلة الزهرية الحنجرية . تظهر هذه العلة نظير النزلة الزهرية في بداية الدور الثنوي وقد تكون موضعية لسبب بادٍ كالتدخين والمباشرة لحرَف شانها ان تحدثها

٦٤ الاعراض . قد تمتاز هذه الآفة بسعال خفيف ينتج عمّا يشعر بهِ العليل من الكرب والحروقة على سطح الحنجرة فاذا استقرت الآكلة على الحنجرة العلوية أحسَّ المصاب باحتراق يَزيده الابتلاع . وان على الاوتار الصوتية فيدي صوته منخفضاً وصارخاً مميزاً لها يسمى بصوت المستخمرين . وقد ذكر بعض الاطباء زيادة اللعاب

تشاهد عند الاستقصاء انواعاً من الآكلة قليلة العدد او كثيرة

وتقرحات صغيرة سطحية منها مستديرة ومنهـا بيضية الشكل لبنية او بيضاء سنجابية ،مفرطحة كأنها تقشّر قد اعترى الغشاء المخاطي في بشرته، لون دائرتهـا ضارب الى الزنجفري ولا تّرافقها اوزيما. ومركزها في اكثر الاوقات سطح لسـان المزمار المتقدم واحفته . اما منتهـا فتتغير بحسب الحوادث وتوقيع العلاج . وقد تشفى تماماً من غير ان تترك اثرًا البتة

٦٥ التشخيص . يعاون على تشخيص هذه الظاهرة مميزات الآكلة التي سبق الكلام فيها لا سيما ما يصحبها من الآفات المجانسة لها كالبُقع المخـاطية في الحلقوم التي هي تآكيـل زهرية آكلة وعلى اللسان والوجنتين والشفتـين. وهذا ما يمكّن من فصلهـا عن قروح النزلـة الحنجرية لانها نادرة جدًا وعن تقرح الذبحـة الدرَنية . وفضلًا عن ذلك فان التدرُّن الحنجري قد يكون سيرهُ سيئ الامتـداد وقد ينتهي بان يحدث على طول الزمان اوزيمات حنجرِية تقتل العليـل . وزد على ذلك فان العلاج يكون في غالب الاوقات عديم الفائدة في الذبحـة الدرنية مع ان العلاج الزهري قد ينجح في العموم في الآكلة الزهرية

٦٦ العلاج . علاج هذه الآفة انما يكون عاماً في خيار الطبيب ان يصف ما يستحسنهُ من الاستحضارات العديدة الزئبقية المألوف استعمالها بيد انهُ يُؤثر اخذها عند الأكل لا في اثنائهِ اذ يتسهل امتصاصها من غير ان يتعب الغشاء المخاطي المعديّ

كثيرًا ما نجحت بوصف محلول فان سفيتين (وهو محلول ثاني كلورور

الزئبق) من ملعقة الى اربع ملاعق مدة النهار كما تقتضيه قابلية العليل وذلك بعد مزج كل منها بكاس حليب

اما يدور البوتاسيوم فلا تكون افادته في هذا الدور كما تكون في الدور الثالث الَّا انهُ يمكن استعمالهُ اذا قصرت الاستحضارات الزئبقية عن عملها

يقتصر العلاج الوضعي على امس الآكلة بصبغة اليود صرفًا او بمحلول نترات الفضة بمعدل ٥٠/٠ ولا يخفى انهُ لا بدَّ من الوقوف على مجاس الافات عند لمسها وهذا انما يتم بالمرآة الحنجرية

ثالثها التآليل المتقرحة . وهذه تختص بالدور الثالث من الداء الزهري

٦٧ الاعراض . قد يتعذَّر الوقوف عليها في البدء لندرة الاعراض الحنجرية واذا تمكن الطبيب من فحص الحنجرة شاهد ثآليل آكلة مجانسة لما ذكرناهُ آنفًا ثم تصير فطرّيةً واحيانًا نامية الَّا انها لا تكتسب حجمًا كبيرًا . اما ما يُميز الثآليل المتقرحة فهو انها تُبدي سريعًا اوزيما صلبة حمراء لزجة حيويَّة قد تحجب القرحة فتتوارى . فالاوزيما التي تصيب لسان المزمار تكسبهُ شكلًا كرزيًا والتي تعتري في العموم احدى الناحيتين الطرجهاريتين وتبين انها قد ازاغت الحنجرة تبدو على شكل كرزي احمر اللون يُغشيه صديد قليل الكمية أو كثيرها والتي مقرها الوتران الصوتيان الاعليان تبدو عند الاستقصاء على شكل كرةٍ داخل الحنجرة . وقد تكون هذه القروح الزهرية على الوترين الاسفلين الَّا انها قلما

تحدث ورماً على سطحهما الاعلى انما تبـدي انتفاخاً في الغشاء المخاطي الذي يكسو سطحهما الاسفل فيكوّن اذ ذاك هذا الغشاء حويّةً محمرّةً على حافـة الوتر المعتقة يحسبها الناظر اليها مرصعة في مطوًى مخـاطي فلا يزال لونها اشد من لون الوتر الصوتي . وهذا ما كان يسميه العلامة كرڤيليه الشهير بالاوزيما التي تحت المزمار . وقد يتفق ان يصاب الوتران معاً فتضيق من ثم فوهـة المزمار ضيقاً قد يجرّ الاختناق . فلا بدّ والحالة هذه من قطع القصبة

اما بالنظر الى الاعراض الوظيفية فاخصها الألم الذي يعتري الحنجرة فجأةً الَّا انهُ يختلف على اختلاف اتساع التقرح ولاسيما موقعهِ . وهو يتوقف على الشعور بكيٍ او احتراق يتعاظم عند الابتلاع وقد يشتدّ عند ما تستقر القروح على احفة لسان المزمار المعتقة اذ تصير عرضةً لتماسّ الاغذية . فان حموضة الاطعمة وان طفيفةً تؤثر في العليل عند ابتلاعها تاثيراً يشبه الكيّ بالحديد المحمى

لا يزال ضغط الحنجرة مؤلماً لا سـيما اذا ما تقرّح لسان المزمار . فيزداد سيلان اللعاب اكثر مما هو في التآليل الآكِلة ويغزر الافراز المخاطي الحنجري وتحتقن العقد العنقية فتتضخم وتـكبر حجماً

يُشاهد في الفم وفي الحفر الانفية قروح مجانسة لما يكون في الحنجرة ويبدو على الجلد نفاط حُليميّ او حُليميّ درني

ان انحراف الوظائف يختلف مع اختـلاف مجلس الآفة فان تقرح

ثآليل لسان المزمار وثنيتيهِ الطرجهاريتين يرافقها غالباً ألم لاسيما عند الابتلاع بينما ان قروح الوترين الصوتيين الاسفلين تُحدث في الصوت آفاتٍ شديدة تستمر فيه ان لم تعالج في وقتها . اما السعال فيكون متواترًا ومؤلمًا

٦٨ التشخيص . قد يمكن خلط هذه الآفة الزهرية بقروح الدور الثالث غير ان القرحة والحالة هذه يسبقها دائماً ورم بين قليل الحجم وكثيره فاذا ما تكوَّنت أشفت عن قليل عن منظر يُشبه فوهة بركان غوره مصفر

اما في القروح الخنزيرية (الذبحة الحنجرية) فقد تندر الاوزيما الملازمة وتكون غير مؤلمة بطيئة السير لا تلبك الابتلاع . فلا يتغير الصوت في العموم ولا يرافقها سعال ولا ألم حادّ

اما السرطان الحنجري فتكون قروحهُ في العموم غائرة لونها احمر قاتم نامية مائلة الى النزف تستقر غالباً على سطح احد الوترين الاسفلين ولا تزال مستصحبَة باوزيما اشدّ مما تحدثهُ القروح الزهرية . انظر ما اسلفناهُ عن سرطان الحنجرة

اما القروح الدرنية فقد تبدأ غالباً في الناحية الطرجهارية وهي غير قابلة الشفاء . وعند الاستقصاء تبين كأن احفتها منفصلة عمّا تحتها لا تحفّ بها دائرة حمراء كما في القروح الزهرية

٦٩ الانذار . الانذار ثقيل بالنظر الى وظائف الحنجرة فقط لا بالنظر الى الحياة . غير ان الاوزيما الحنجرية التي تتكوّن عن هذه القروح قد تصير سبباً لنوب خناقية ربما انتهت بموت المريض ان لم تُدارك بقطع القصبة

٧٠ العلاج . من اللازم استعمال العلاج العام كما سبقت الاشارة اليهِ في الدور السابق. اما الموضعيّ فيتوقف على لمس القروح بقلم شعري تغمسهُ بمحلول نترات الفضة بمعدل ٢٠٪ وعند ما يشتد الكرب وتظهر اعراض الاوزيما المزمارية فيقتضي الانكفاف عن هذا اللمس وتعويضهُ بكمادات ملينة كالخبازى والخشخاش وتحويل ماء سخن الى ضباب يكون ربعهُ من محلول ثاني سفيتين. ثم ينبغي ان يكون الطبيب مستعدًا لقطع القصبة متى اشتد البهر وخُشي حلول الاختناق

حذار من وصف يودور البوتاسيوم عند ما يكون الورم شديدًا اذ من شانه ان يهيج الغشاء المخاطي الحنجري ويزيد انتفاخهُ فيبدي احيانًا اعراضًا قتالة او يلجئ الطبيب الى قطع القصبة ولولاهُ لا يصير الاضطرار الى هذه العملية. ثم لا بدّ للعليل من ان يمتنع عن التدخين والمشروبات الروحية كالخمرة صرفًا والعرق والكحول

رابعها الصمغة الزهرية الحنجرية . الصمغة الحنجرية نادرة ومركزها في اغلب الاوقات لسان المزمار ثم ثنيتاهُ والناحية الطرجهارية . اما حلولها في الوترين الصوتيين الاعليين فنادر. واما في الاسفلين فاندر اذ لا تحدث فيهما الّا على سبيل خرق العادة

٧١ الاعراض . يشعر العليل في اغلب الاوقات بسعال خفيف يتزايد كلما ضيَّق الارتشاح الصمغي فوهة الحنجرة وقد يحس في راس الحلق بألم حادّ يلمع هنيهةً كالبرق . اما اذا جلست الآفة على لسان

المزمار فيضطرب الابتلاع . واذا مسّت الاوتار الصوتيـة فيعسر الصوت الى ان ينقطع تاماً ويُصيب العليـل بُهر قد يأُول بهِ الى الاختناق. اما في دور التقرح فقد تزداد هذه الاعراض كثـيراً ويشتد الأَلم عند الازدراد الى ان يصيب لعانةُ الاذن نفسها

النفث الـذي يكون في البداية مخاطياً ويتخللهُ الهواء يتحـوّل صديدياً لاسيا عند الصباح وقد يشفّ عن خيوط دموية وقِطع نسيجية او غضروفية

النفَس يكون ذا رائحة خصوصية الّا انها تكون اخف مما هي عليهِ في سرطان الحنجرة . ثم لا بد حينئذٍ من اصابة العِقَد العنقية والتي تحت الفك

اما ما يدل عليهِ الاستقصـاء الحنجري فيتغير بالنظر الى الدور ونوع الصمغة من جهة كونها محدودة او منتشرة . فالصمغة المحدودة تأخذ في البداية شكل ورم احمر قاتم يختلف حجمهُ بين حبة عدس وبندقة كبيرة ثم يرقّ الغشاء المخاطي في مركزهِ ويصبح لونهُ شديد الصفاوة ضارباً الى اصفرار يُنذر بحدوث خراجة. فاذا ما انفتحت تكوّن عنها قرحة مستديرة احفتها مشرزمة منحوتة عمودياً منفصلة عمّا تحتها وبنفسجية اللون. وهي محوقة على شكل قمع مملوءَة صديداً قليل الاتحاد لكنهُ شديد اللصوق غير مائلة بذاتها الى الشفاء وهذا مما ينبئ بما ينشأ عنها من الفساد . فعندما تبرأ هذه القرحة يندهل الطبيب لِما يرى ان الفساد لم يكن اذاهُ موازياً لما كان يوهمهُ هول الآفة عند النظر اليها

اما الصمغة المنتشرة فهي اشدّ ثقلًا من المحدودة على انهُ منذ شأتها يبدو الجزء الحنجري المصاب على شكل ورم صاب احمر موتّر لامع حلميّ . ثم تصفرُ الاجزاء الناتئة فتنذر بتقرحات ينشأ عنها اِلا لها من الَميل الى الانضمام قرحة متسعة تحدها حويّة صابة بعد ان تكون قد اصابت نصف الحنجرة او ثلاثة ارباعها او كامل محيطها

٧٢ السير والمدة والانتهاء . سير هذه العلة متزايد لا محالة ذلك ان تأخر الطبيب عن مداركتهِ بعلاج عقلي يكون موافقًا لهُ . لان هذه الآفة تدور سريعًا وتفسد الحنجرة بقليل من الزمان غير انهُ اذا أُحكم التمريض أوقفها عن سيرها . وهي تنتهي بالشفاء الّا انها من سوء الحال قد تترك ندوبًا معيبةً تغير نوع الصوت

اذا لم يُتدارك العليل بالادوية المضادة للالتهاب فقد يؤول بهِ الداء الى فناء حنجرتهِ بتمامها فيهلك بالاختناق او يقع في هزال زهريّ شديد الوطأة يتعذر النهوض منهُ

٧٣ التشخيص . قد يقع في البداية الخلط بين الصمغة الحنجرية وانتفاخ النزلة الحنجرية المزمنة ولكن اذا انعم الطبيب النظر في احوال العليل السابقة وفي احمرار لون الورم الصمغي واقتامهِ تسهل لهُ تشخيصها

في الاوزيما الحنجرية يكون الورم اكثر انتشارًا واشدّ حمرة مما يكون عليهِ في الصمغة

في الدور التقرحيّ تمتاز القروح الدرَنية الحنجرية عن الصمغة الزهريّة

بكمدة الغشاء المخاطي واصفراره ولين الاوزيا التي تصحبها وسلامة العقد العنقية. ثم لا تصيب هذه القروح في اغلب الاوقات الّا المتدرنين درنًا رئويا في درجة متقدمة

اما فصلها عن القرحة السرطانية فصعب غير ان السرطان يبدأ في اغلب الاوقات باحد الوترين الاعليين بينما ان الصمغة تصيب اجزاء الحنجرة العليا فاذا شكّ الطبيب باحدى هاتين العلّتين فعليهِ بالعلاج الزهريّ الذي يكون بمنزلة محكّ لاختبار المرض وتمييزهِ

٧٤ الانذار . اعلم ان لسان المزمار هو اشد استعدادًا من غيرهِ لتحمل هذا الداء فقد يفنى جزء منهُ او كل اجزائه من دون ان يشعر العليل بكبير انزعاج

اما الصمغة المتقرحة التي تستقر على الوترين الاسفلين فهي آفة ثقيلة بالنسبة الى غيرها لانها متى وطأت احدثت في المزمار تضيّقات قد تكون سببًا قاطعا للبهر وفقدت موادّ مؤدّاها تغير الصوت كثيرًا وقد تأتي بانقطاعهِ تمامًا

٧٥ العلاج . ينبغي استعمال يودور البوتاسيوم بكمية وافرة من ٤ الى ٦ جرامات مدة النهار علاوة على استحضارات الزئبق مثل اول وثاني يودوره وثاني كلوروره والدلك بهِ . فاذا ما اثارت القرحة آلامًا حادّة فعليك بلمسها بقلم شعريّ تغمسهُ في محلول نترات الفضة بمعدل ١ من ٢٠ ثم تغشيها بالمسحوق الآتي الذي توصلهُ اليها بقلم ايضًا وهو :

يودوفُرم ٥ ج
هيدروكلورات المُرفين ٠٥٠، سج

فان امسى المريض ضعيفاً وقد انحله الهزال فلا بدّ له من اخذ الاستحضارات الحديدية والكنكينية



المبحث الثامن
في التخنزر الحنجريّ

ان الظاهرات الخنزيرية الحنجريّة تلي غالباً التآليل الخنزيريةالتي تصيب الاعضاء المجاورة لها كاللهاة او اغشية الوجه كالذئبة

٧٦ الاعراض . يميز الآفات الخنزيرية الحنجرية خمود الاعراض في بادئ الامر . فقد يصاب العليل مدة طويلة بآفات مُتلفة ثقيلة في غاية الدوران من غير ان يشعر مع ذلك بآلام حادّة تلجئهُ الى استعانة الطبيب فلا يستشيرهُ الّا عند ما يتغير صوتهُ فيكون المرض اذ ذاك قد امسى غير قابل العلاج بالنظر الى الوظيفة الصوتية لان الداء قد اصاب الوترَين الاعليين واتلف جزءا منهما وسرى الى الوترَين الاسفلين

تبدأُ التآليل الخنزيرية بلسان المزمار فينتفخ تارةً كمِدَة اللون وأُخرى بنفسجيةً . ثم تتقرح حافتهُ المعتقة فتكتسب القرحة لوناً كدراً تغشيها حُبيبات لؤلؤية اللون وهي تشغل من غير انقطاع حافة المزمار المعتقة لا التواء فيها ولا تقاطيع وتمتاز على نوع ما باعراض سلبية فلا

يكسوها صديد ولا مخـاط ولا ينشأ عنها ازرقة. وهي على خلاف ما يعتري لسان المزمار من التقرح الزهري او السرطـاني او الدرني اذ يكون كل منها مؤلماً جداً مع ان هـذه القرحة تكون في العموم جامـدة الطبع خلافاً للقرحات السابقة التي شأنهـا ان تهيج سريعاً الاوزيما في ما يجاورهـا . وهي من النادر ان تحدث ورماً طفيفاً في ثنيتي لسان المزمار الطرجهاريتين. اما الانسجة المجاورة فتكون في العموم كامدة اللون وبنفسجيتهُ وانتفاء الاوزيما يدل على انتفاء الاضطرابات التنفسية

يكون الألم في الابتـلاع اخفَّ مما هو عليهِ في القرحات التي سبق ذكرها فاذا شعر العليل بصعوبة فيهِ لم يكن ذلك نتيجـة الآفات الحنجرية وما يلحق بها من الفساد الشديد بل يكون ايضاً في الغالب عن فناء اللهاة

٧٧ السير والمدة والانتهاء . بداية هذه العلة تكون خبيثة وسيرها بطيئاً وقد يقف عند ما ينقرض لسان المزمار وبعد الشفاء يصير ما يبقى منهُ محفوفاً بنسيج ندبي لامع وصدفيّ اللون . وقد تفني هـذه العلة في بعض الحوادث النادرة الوترين الصوتيين الاعليين . اما مدتها فمختلفة كثيراً

٧٨ التشخيص . يمتـاز تدرُّن الحنجرة وداؤُها الزهريّ وسرطانها عن التخزر الحنجري بما تبديه من الآلام الحادَّة في دور التقرح ومن الهزال الذي يقع العليـل فيهِ . ولا يغشي قرحته صديد ولا مواد لزجة نظير مـا يشاهد في العلل التي سبق الكلام فيهـا . نعم لون آفاته يكون أدكن بنفسجيًا ومميزًا لهُ ولكن لا يُبدي ترفًا البتة ولا يرافقهُ تضخم في العقد العنقية

٧٩ الانذار . هو بالنسبة الى غيره حسن العاقبة

٨٠ العلاج .يتوقف العلاج من جهة على بزغ الآفات المتقرحة ثم لمسها بالصبغة اليودية .ومن الطرق المفيدة ما يتمّ بشدخ حافة لسان المزمار المتقرحة واعتصارها بجفتٍ ما

اما العلاج العام فاهمّ . فمنهُ اخذ زيت السمك في الشتاء ومنهُ الاستحضارات اليودية والحديدية كشراب يودور الحديد وشراب الفجل البرّي اليوديّ في مدة الصيف

المبحث التاسع

في بواسير الحنجرة

يُراد بهذه البواسير كل ورم سليم يصيب الحنجرة مهما كان الامر من حجمهِ ولونه وشكله وصلابته ومجانسه

٨١ الاسباب .هذه العلة خفية في الغالب غير ان ما يصيب الاوتار الصوتية من التهيجات المتواترة او المزمنة قد يمكن تنزيله منزلة اخصّ الاسباب التي تأتي بانتشار البواسير الحنجرية

٨٢ التشريح المرضي . تتقوَّم هذه البواسير بأورام حلمية وليفية وقد تكون مخاطية او وعائية وهي تستقر في اغلب الاوقات على الوترَين الصوتيين الاسفلين لاسيا على احتهما المتقة وثلثهما المتقدم

٨٣ الاعراض . قد تحدث هذه البواسير تغيُّرات في الصوت والتنفس والابتلاع

اما الصوت فقد ينقطع تماماً بعد ان يكون عسراً عند البداية ومن العجب ان اصغر هذه الآفات قد يُبدي في الصوت تغيرًا عظيماً اكثر مما تبديه فيهِ نامية جسيمة غير ان هذا انما يناط بمجلس الآفة . وليس من النادر ان يسترجع بعض المرضى عقب بجوحة شديدة صوتاً اشدَّ صفاء واهتزازًا لان الورم الذي كان يمنع بجلولهِ تداني شفاهُ المزمار ينتقل شيئاً فشيئاً مغيرًا مجلسهُ الى ان يركز اما فوق الاوتار الصوتية او تحتها

اما الكرب التنفسي فيتعلق بحجم الورم ومجاسهِ معاً . فالبواسير التي تشغل ما سميتهُ بالحنجرة العليا لا تبدي في العموم الَّا اضطراباً طفيفاً في التنفس بيد ان ما يحل منها في الوترين الاسفلين ولا سيما في احتهما المعتقة يُحدث كرباً شديدًا لا بل بهرًا . فيعسر حينئذٍ تارةً الشهيق واخرى الزفير وهذا منوط بموقع الافة التي تكون وظيفتها وقتئذٍ وظيفة صمام . فان كان مركزها فوق الوترين الاسفلين اضطرب الشهيق وان تحتهما فالزفير

اما الابتلاع فيكون كاربًا في حالين : اولهما عندما يكون لسان المزمار مركزًا لورم جسيم. وثانيهما عند ما يشغل الورم الناحية الطرجهارية محدثاً نتوءًا ليس من الجهة المتقدمة للحنجرة بل من وراء من جهة الحلقوم

ان البواسير الحنجرية لا تحدث في العموم آلاماً

يشاهد عند الاستقصاء المنظاري ان الاعراض تختلف بمقتضى نوع الاورام . فالحلمية تشبه ما يجانسهـا في القضيب والشفرين الكبيرين والعقدية تكون على شكل اورام عنيقية مستديرة بين القليـل والكثير . واليفية هي على الغالب مستديرة كالسابقة يتولد عنها ورم شـديد الصلابة سطحه ضارب الى البياض . والمخاطيـة لا يكون لها في اغلب الاوقات شكل معيَّن لان رخاوتها تجعلها تنطبع على الاجزاء المماسة لهـا ولونهـا مصفر وردي وهي هلامية الشكل تشبه البواسير المخاطيـة التي تعتري الحفرتين الانفيتين . والوعائيـة اندر مما سبق فتكون كروية الشكل قلّما يتجاوز حجمها حبة البيقة . ولونها في العموم احمر ناصع جداً وقد يكون بنفسجيا لا بل ضارباً الى السواد

٨٤ السير والمدة والانتهاء . سير البواسير الحنجرية بطيء جداً . ومن المرضى من تكون العلة قد بدت فيهم منذ خمس او عشر او عشرين سنة غير ان الحلمية هي اسرع من غيرها انتشاراً

هذه البواسير ليس فيها ما يشف عن زوالها دفعةً . ومن النادر ايضاً انهـا لنموها تنتهي بموت العليل اذ قد يمكن الان تشخيصها بالمرآة الحنجرية

٨٥ التشخيص . ان انتفـاء الاعراض العـامة الثقيلة يؤذن بتمييزها عن سرطان الحنجرة وتدرنها ودائها الزهري وقد يؤيد التشخيص كل من احوال العليل السابقة والاستقصاء المنظاري

٨٦ الانذار . هي سليمة بالنظر الى حياة العليل انما هي ثقيلة بالنظر

الى التصويت اذ يبقى بعد استئصال الورم فضلات ملتصقة بالاوتار الصوتية التي تضطرب احياناً بعد الاقتلاع

٨٧ العلاج • ينبغي استئصال النامية اما بالاقتلاع واما بالتشريط واما بالكيّ الكهربائي

وقد يحسن احياناً عند ما تكون النامية جسيمة قطعُ القصبة لئــلا يختنق العليل وقت يصير الاستئصال

المبحث العاشر

في اوزيما المزمار

يراد باوزيما المزمار ارتشاحات سريعة الانتشار التهابية الطبع او مصليته تتولّد على سطح الحنجرة فلا تضجِع في ان تحدث البهر والاختناق غير ان التعبير باوزيما المزمار مخلٌّ غير وافٍ بذاته

اولاً لان المسئلة لا تدور دائماً على الاوزيمــا التي لا تتخطى حدود ترشح مصلي في النسيج الخلوي والمراد هنــا ترشح مصليّ ليفيّ او صديدي تعلقهُ بالفلغموني اكثر منهُ بالاوزيما

ثانياً ان الاوزيما لا تصيب المزمار الّا على سبيــل الشذوذ انما تصيب سطح اجزاء الحنجرة حيث يكون النسيج الخلوي رخواً اي سطح ثنيتيّ لسان المزمار الطرجهاريتين والوترين الصوتيين الاعليين الّا اني على رغم ما

قدمت وما استدركت اوثر ان اسمّي هذا الداء باوزيا المزمار عملًا بالعادة التي انعقدت لها

٨٨ الاسباب . ان الاوزيا المزماريَّة قد تتولَّد في ظروف شتى غير ان كيفية نشأتها لا تكون على وتيرة واحدة في جميع الحوادث وعليهِ فاننا نقسمها بالنظر الى تولّدها المرضي الى نوعين وهما الاوزيا الانفعالية اي الارتشاح المصلي والاوزيا الفاعلة اي الارتشاح المصليّ الصديدي

فالاول يكون اما عن علة موضعية واما عامة

نقتصر في الامراض الموضعية على ذكر اورام النواحي المجاورة التي لإعاقتها الدورة الوريدية الحنجرية تحدث افرازًا مصليًا في اجزاء الحنجرة الرخوة . وهذا العسر في الدورة الراجعة مما قد ينشأُ عنهُ حدوث الاوزيا المزماريَّة عن علل قلبية

كثيرًا ما تكون الاوزيا المزماريَّة نتيجة فساد في الامتزاج الدموي وعليهِ تتوقَّف الاوزيا التي تحدث في التهاب الكليتين وفي القرمزيَّة وغيرها . ولا يخفى ان الداء الزلاليّ الذي تكون الاوزيا من اعراضه الاولية قد يهيج في الحنجرة ارتشاحًا مصليًا يكون احيانًا عرضهُ الاول والوحيد

والثاني يكون اماً اوليا واما ثنويًا في بعض امراض . اما الاوليّ فيحدث الالتهاب الحنجري الكرفيليّ الذي يصيب بطانة الغشاء المخاطي ويمتاز في اغلب الاوقات بشدة هجومه ودوران اعراضه الفجائي . وهو يكون غالبًا عن برودة مثل التي تعتري من ينام مدة الشتاء معرَّضًا للهواء او

عن تهيج او امتصـاص سوائل شديدة السخونة واستنشاق بخارات حرّيفة

اما التنوي فينتج اما عن آفة حنجريّة او مجاورة . وعلى العموم جميع العلـل الحنجريّة التي من شأنها ان تبدي تقرُّحاً في آلة الصوت تُحدث اوزيا حنجريّة وقت تصيب القرحة احد الغضاريف او المفاصل وعليهِ فتكون الاوزيـا المزماريّة من جملة الاشتراكات الكثيرة التواتر التي تصحب تدرُّن الحنجرة وسرطانها وداءها الزهري . اما التخنزر الحنجري فلا دخل لهُ فيهِ

اذا ما انتشر نفاط الجدري على الغشاء المخـاطي الحنجري وآذت الحمّى التيفوديّة آلة الصوت في شكلها المسمّى بالتيفوس الحنجري أبديا فيها ارتشاحات مصلية صديدية ثقيلة الوطأة . ثم انهُ ولو ندر ان تكون هذه الارتشاحات عن آفة في الاعضاء المجاورة للحنجرة فلا بد مع ذلك من الضم الى اسباب هـذا الداء الخوانيق الثقيلة والفاغموني والجراحات العنقيـة واورام اللسان والغدتين الكفيتين ثم حمرة الوجه وقت يتغير سيرها فتنفذ الحنجرة وتمتد الى الشُعب

٨٩ التشريح المرَضي . قد يختلف منظر الحنجرة بالنظر الى طبيعة الاوزيا ومجاسها وعايهِ فهي على ثلاثة ضروب : الاوزيا التي فوق المزمار والاوزيا المزماريّة والاوزيا التي تحت المزمار

فالاوزيـا التي فوق المزمار هي اكثر تواترا ا للنسيج الخلوي من الرخاوة وهي تشغـل على الخصوص ثنيتي لسان المزمار الطرجهـاريتين فتنتفخان ويكبر حجمها فيتعذر حينئذٍ اكتشاف الاوتار الصوتية التي تحتها

اما التي تحت المزمار فهي نادرة جدًا تشفُّ عند الاستقصاء المنظاري عن صفات خصوصية فيشاهد من ناحية القصبة حُويّة ضاربة الى الاحمرار تُشبه الكُمرة الجفنية وتبرز بين شفاه المزمار. اما الوتران الصوتيان الاسفلان اللذان لا يفقدان لونها فيظهران كانهما مرصعان في هذه الحويّة

اما المزمــارية فتشغل اما الوترين الاسفلين معًا او احدهمــا فقط فيكتسب العضو المصاب بدل لونه الابيض والصفديّ لونًا سنجابيًا كامدًا ثم تصيب غالبًا جزءهُ المؤخر فينتفخ فيأخذ الوتر الصوتي والحالة هذه شكلًا شبّهه العلامة فورقل بعوام السمك

يختلف منظر الاجزاء المصابة بين ان يكون الارتشاح مصليًا او مصليًا صديديًا . فان كان الاول كان لونها ابيض كامدًا وسطح القطع راجفًا صافيًا يسيل منهُ مادة مصلية وهذا النوع يسمّى بالاوزيما البيضاء . وان الثــاني فتكون الاجزاء المصــابة مائلة الى الاحمرار صلبــة لا تغور عند الضغط وقد لا يكاد يسيل منها افراز عند القطع وهي المسماة بالاوزيما الحمراء

٩٠ الاعراض . من اعراض هذه العلة ارتشاح مصلي صديدي ينشأ فجأةً وفي حال الصحة عند البرد (وهو مرض سمّاه العلامة كرڤيليه بالتهاب وسادة الغشاء المخاطيّ الحنجري) ولكن ما خلا ذلك فان اعراض الاوزيما المزماريّة يسبقها دائمًا اعراض آفة موضعية او عامة تكون الاوزيما من بعض اشتراكاتها

يشعر العليل تارةً فجأةً واخرى على سبيل التــدريج باضطرابات بُهريّة

تأخذ غالباً لشؤم الطليعة بشدة تنتهي عن قليل بالاختناق بيدَ انهُ اذا ما كان سير البهر متزايداً وكان في الوسع تمييز الاعراض شوهد اولاً ان المريض يُسرع في حركاته التنفسية مستعيناً بعضلات التنفس الثنويّة ومجهدًا نفسه في ادخال الهواء الى الشجرة التنفسية ثم يضاف الى هذا البهر ظاهرة جديدة بان يصبح الشهيق صفيريًا والزفير اصمّ . اما تفسيرها فغير خفي فان عمود الهواء الذي ينزل مدة الشهيق في الشجرة التنفسية شأنهُ ان يُدني ثنيتي لسان المزمار الطرجهاريتين ويضمها الى بعضهما على بعض مساحتها فيحصل من ثم بين الثنيتين المنتفختين والمتدانيتين فسحة ضيقة وخطيّة الشكل تتتابع على مساواتها الاهتزازات الصوتية على سرعة وافية لابداء نوع الصفير الحاد . انما الزفير يكون اصمّ لان الهواء المندفع شأنه ان يُبعد الثنيتين المذكورتين عن بعضهما وينحيهما الى الجهتين . فاذا اشتد الارتشاح بحيث تتلامس الثنيتان امسى الزفير صفيريًا كالشهيق . ثم اذا اقتصرت الاوزيما على المزمار او على ما تحتهُ فقط تحوّل الصفير شخيراً . فاذا ما تقدم الداء امسى العليل على رغم مساعدة عضلاته التنفسية وعما يصرفهُ من النصب الشديد قاصرًا ان يُدخل كمية من الهواء تكون وافية لتأكسد الدم

كثيرًا ما يشكو العليل دغدغة او وجود جسم غريب في رأس الحنجرة يُحدث فيهِ من الشعور مايستنفر منهُ ولكن عند الابتلاع يستشعر آلاماً شديدة كأن جسماً يمزّق حنجرته فيفرغ مجهوده آملاً بان يدفعهُ الى الخارج

ولا ينال ما يتمناه من راحة بل يزيد المهُ شدة ووطأة

فاذا اصابت الآفة الحنجرة العليا بكمالها امسى غالباً الابتلاع متعذراً وامتلاءً فم العليل لعاباً لا يتمكن من ابتلاعه لا بل لا يتجرأ عليهِ فيدوم سيلانه من فمه عند التفل على شكل خيوط

لا يكون السعال كثير التواتر انما يكون ناشفاً في اغلب الاوقات او يقذف بعناء مواد مخاطية خيطية لزجة . وقد يتفق في الارتشاح الصديدي المصليّ ان يقذف العليل اثناء احدى النوب كمية وافرة من الصديد فتزول في الحال جميع الاعراض والاخطار

ان الصوت يكون مضطرباً في اغلب الاوقات فيبحُّ وكثيراً ما يخمد تاماً فيمسي العليل اذ ذاك عرضةً لان ينقطع صوته سريعاً

قد تسرع الاوزيما المزماريَّة فتنتهي بالاختناق ذلك عقب بُهر يتزايد الا انهُ يصادف في اغلب الاوقات ان تعتري العليل قبل حلول الاجل نوبٌ بُهريَّة لا تزال بهِ متكررة متزايدة متدانية حتى يموت . ففي اثناء هذه النوب يمسي العليل مكفهرّ الوجه فمهُ مفتوح ومنخراه جامدان وعيناه رطبتان جاحظتان وجلده يقطر عرقاً فيطلب النهوض ولا يقدر فيعلق بما يكتنفهُ من سرير او فراش او امتعة لعلهُ يجد سنداً يتوكأُ عليهِ وقصاراي فانهُ لا يغفل عن كل ما من شأنه ان يعاون العضلات التنفسية الثنويَّة . وهذه النوب قد تدوم من ١٠ الى ١٦ دقيقة وقد تكون فجائية او اتفاقية يُحدثها اما عدم التأني في الاستقصاء الحنجري واما نوبة سعال او بعض العناء في

الابتلاع الى غير ذلك من الاسباب المهيجة . وقد يتفق ان يموت العليل من اول نوبة فان نجا منها فانهُ يموت عقب نوبة تتكرر ولو لم ترد شدةً لما يعتري العليل من الضعف المدقع الذي يصرفهُ عن المقاومة

لا ينبغي تعمُّد الاستقصاء الحنجري الا عن فكرٍ ورويَّة اذ من شأنه ان يثير النوَب البهرية . وقد عرفت في الكلام عن التشريح المرضي ما ينتج عنها من الاحوال السيئة

اشار بعض المؤلفين بالاستقصاء بتوسط الاصبع بان يدخل في الفم الى ان يصل الى رأس الحنجرة فيستشعر اذ ذاك في اكثر الاوقات بانتفاخ ثنيَتي لسان المزمار الطرجهاريتين . ولكن لما كانت هذه الطريقة تعرّض العليل الى تشنجٍ مزماريّ يصحبهُ اختناق فأرى انهُ لا بد من تركها لِما يرافقها من الخطر

٩١ السير والمدة والانتهاء . يختلف سيرها ومدتها بحسب السبب المهيج لهـا . فان الارتشاح الذي يبدو في الذبحة الكريثيلية وفي القرمزيَّة التي يصحبها الاستسقاء الحمي يكون سيره سريعاً لا بل قاتلاً في بعض الاوقات . وقد تؤول النوبة الاولى الى موت العليل قبل ان يستفحص الطبيب عن آلة الصوت . اما الارتشاح الذي يلي تقرح الحنجرة مهما كان الامر من طبيعته فهو ابطأُ ولا يجرّ الموت الا بعد ايام تتوالى فيها نُوَب عديدة بُهرَيَّة . وبالجملة فان مدة الاوزيما نتردد بين بضع ساعات وجملة اسابيع

ان الذبحة الاوزيمية ان لم تتدارك في الحال امست ثابتة الوطأة

واماتت صاحبها اللهمَّ ان يكون الارتشاح صديديًّا فينفجر فجأة ويخرج في اثناء نوب السعال . غير ان هذه الظاهرة نادرة جدًّا

٩٢ التشخيص . قد يقع خاط هذه الآفة بآفات الحنجرة التي شأنها ان تحدث بهرًا شديد النوبة اذ يرافقها في اغلب الاوقات الصفير الشهيقي

تمتـاز عنها الذبحة الغشائية بسيرها والاغشية الكاذبة في مؤخر الحلق والحمَّى وتضخم العقد العنقية

الاستقصاء الحنجري يمكِّن من تمييزها عن البواسير الحنجريَّة

الذبحة الكاذبة من الامراض التي تصيب الفتيان . والاوزيما من التي تصيب البالغين. وعلاوةً على ذلك فان البهر يبدو فجأةً في الاولى ويصـل دفعةً الى آخر حدّهِ ولكن بعد النوبة الخنـاقية تصير الفترة كاملة والصوت والنفَس يعودان الى ما كانا عليهِ من قبل

الاجسام الغريبة الحنجرية ينبغي تشخيصها بمقتضى احوال العليل السابقة

يمتاز تشنج المزمار بفجأة الاختناق وانتفاء الاعراض الحنجرية السابقة او اللاحقـة وغيبوبة الصوت البوقي ووقوف الشهيق فجأةً وتماماً ذلك عقب شهيق او شهيقين صفيريين

قد يتصنع شَلل عضلتي الحنجرة الممدّدتين للمزمـار (الحلقيتـان الطرجهاريتان الخلفيتان) بالاوزيما اذ يكون الشهيق فيهِ شاقًّا وصخبًا بينما ان الزفير يكون سهلًا واصمّ . فلا تتشخص العلة والحالة هذه الَّا بتوسط المرآة الحنجرية

من الآفات ما لا يستقرّ على الحنجرة ومع ذلك يؤثّر فيهــا . فمنها الخراجات التي تحلُّ وراء الحلقوم فان ما يرافقها من الأَلم عند الابتلاع ومن عسر التنفس وما تمتــاز بهِ غالباً من الاضطرابات الصوتيــة شأْنه ان يُوهم بوجود اوزيما مزمارية. ذلك اذا ما غفل الطبيب عن غمز قاعدة اللسان وعن التفحص المدقّق عن جدار الحلقوم الخلفيّ اذ يُشاهد ثمَّ نتوءا متموّجاً واشد تلوناً من الانسجة المجاورة له

قد يضغط ورم الابهر العصبَ الراجع الايسر فيحــدث اضطراباً في الصوت والتنفس . غير ان كلاً من الاستقصــا بالمرآة الحنجريّة الذي من شأْنه ان يبدي ثبات احد الوترين ومن العلامات الصدرية التي نذكرهــا عند الكلام عن تمدد الابهر مما يؤيّد التشخيص ويثبتهُ

اما هذا فغير وافٍ لتشخيص هــذه العلة اذ لا بد من الوقوف على السبب المولّد لها . فقد يمكن للورم في الاوزيما الزلالية ان يشغل كل الحنجرة وهو يشتدُّ خاصةً في سطح الحنجرة العليــا وثنيتي لسان المزمــار الطرجهاريتين . وهذه الاوزيما رخوة كأَنها راجفة منظرها هلاميّ تُشبه الاوزيما البرتية التي اذا ما نفذت الجفون جرى السائل بسهولة من الخدوش

الاوزيما الدرنية يكون مجلسها على الخصوص في النــاحية الطرجهارية و ثنيّتي لسان المزمار الطرجهاريتين وهي تختلف صلابةً ورخاوةً . فالصلبة تصحب التقرّحات الدرنية عند ابتدائها والرخوة تكشف عن التقرّحات المزمنة

الاوزيما الزهريّة تصيب خاصةً لسان المزمــار عند عروضها في الدور

التنويّ . وقد تعتري جهات الحنجرة بكمالها في الدور الثالث وهي تكون في العموم صلبة مَرِنة لامعة لونها احمر فاقع

الاوزيما السرطانية تبتدي في العموم باحد الوترين الصوتيين الاعليين ثم تصيب فيما بعد احدى ثنيتي لسان المزمار الطرجهاريتين والناحية الطرجهارية المقابلة وليس من النادر ان تصيب نصف الحنجرة . اما قبل التقرّح فتقرب الى الاوزيما الزهريّة واما بعدهُ فالى الدرنية والحاصل انها تمتاز باختلاف منظرها وصلابتها على نِقَط مختلفة من امتدادها

٩٣ الانذار . هو بالعموم ثقيل جدًّا ومع ذلك فانهُ يختلف بحسب السبب المولّد لها

٩٤ العلاج . اذا كان الخطر قريباً فيُقتضى قطع القصبة بما يمكن من السرعة الا انهُ قد يستوقف هذه العملية وجود افات رئويّة مزمنة . فان لم يكن اضطرار الى القطع فيتوجه العلاج على مقتضى شكل المرض . وعليهِ فمن اللازم في الشكل الالتهابيّ الظاهر استعمال المصرفات كصبغة اليود وزيت حبّ الملوك وارسال العلق على الجهة نفسها ثم الاستعانة بنفخ العفص او الشبّ الابيض او بسحقها . وقد ينجع وصف المقيّئات في هذا الداء

اما اذا كان الداء عامًّا يصحبهُ استسقاء فيجب وقتئذٍ وصف المدرّات للبول والمساهل القويّة والمصرفات الجلدية

قد اشار بعض الاطباء بتشريط ثنيتي لسان المزمار الطرجهاريتين

غير ان هذا العمل لمستصعب ولا يجدي في الغالب نفعاً . وزد عليهِ ما قد اجاد بيانهُ العلامة فوفل بان التشريط قد يكون في بعض الاعراض سبباً لتكوين بؤرات قرحية كالاوزيما التي ترافق السل الحنجري

يحسن اخيرًا قبل ظهور الاوزيما ان تتعمد معالجة العلل التي من شأنها ان تسببها كالمعالجة الزهريَّة الحنجريَّة في الداء الزهري والحُمَّة اللبنية في الداء الزلاليّ وما اشبه ذلك



المبحث الحادي عشر
في تشنج المزمار

قد عرفت مما قلناه عن الذبحة الكاذبة ان الاعراض التشنجية تكون كثيرة التواتر في امراض الصبيان على ان في وسع كلٍّ من الالتهابات ان يحدث تشنجاً في العضل المجاورة. فان الاعراض التشنجية التي تعتري الحنجرة تكون نتيجة ما يصيبها من التهيجات والالتهابات او ما يصيب العنق منها او من الاورام التي من شأنها ان تهيج او تضغط احد اعصابها. وعند ذلك يكون تشنج المزمار من العلامات على احدى هذه الآفات السابقة

اما هذا التشنج الدليلي او الثنوي فأُضرب عنهُ لان في عزمي ان اصف تشنجاً آخر لا تصحبهُ آفة حنجرية ولا مجاورة ولا يكون دليلًا على آفة انما يكون مرضاً تشنجيًا يختص بالمزمار ويُنزَّل منزلة مرض عصبيّ لانتفاء الآفات

٩٥ الاسباب . هـذا التشنج الخاص بالمزمار يُشاهَد في الاطفال الى سنّ السنتين وحدوثهُ نادر في الطفولية الثانية. الّا انهُ يكون في الصبيان اشد تواترًا منهُ في البنات وهو يصيب الاطفال سواء كانت بُنيتهم قويّة او ضعيفة وخنازيريّة ويكون في المدن اشد وطأة منهُ في الجبال والارياف وقد شوهد انهُ يكثر حدوثًا في الاطفال الذين لا يرضعون لبن امهاتهم . وان للوراثة فيهِ بعض التأثير بخصوص نشأته

من المستصعب غالبًا الوقوف على السبب الذي يحدث النوبة فقيل انهُ يكون عن برودة او عن الإسنان او ديدان معوية او انقباضات حلقية تنشأُ اما عن الابتلاع او السعال او الصراخ. وقيل ان للخوف ايضًا تأثيرًا في هذه العلة

٩٦ التشريح المرضيّ . التشريح هـذا لا يأتي بوجود آفـة على الاطلاق . بيد انه قد شوهد احيانًا في بعض الرِمم احتقان في المخ او المخيخ او النخاع الشوكي. ومن العلماء من يجعل كبير اهميـة لِما يبدو في التيموس من التمدد الزائد وهو يسمّى بالربو التيموسيّ . فلما كانت هـذه الآفات غير ثابتة وغير وافية لبيان الاعراض كان لنا ان نحصي هذه العـلة في جملة الامراض العصبية الى ان نؤتى بخلافه

٩٧ الاعراض. قد يحدث تشنج المزمار دفعةً وقـد يسبقهُ بعض دلائل تنبئ بحدوثه كالصراخ والزفرات والحركات الابتلاعية المتكررة واعتقال البطن وكرب التنفس والانقباضات او التقلصات الجزئية والعامة

لكن سواء سبقت هذه الاعراض او لم تسبق فالنوبة تسير على الاسلوب الآتي: ينسدّ المزمار فجأةً فيمتنع الهواء عن الدخـول في الشعب والرئة. فيتـدانى الاختناق بل يفجأ في الحـال فينقطع النفس تمـاماً فيقف القفص الصدري لا حراك فيهِ . وعند الاستماع لا يُدرك اللغط التنفسي . ثم ينتبه الطفل مرتعشاً وجهُهُ قاق ومزرقّ يغشيهِ العرَق وحركات قلبهِ صخبة ونبضهُ غير منتظم بعد ان كان متواترًا وصغيرًا . وعليهِ فيوشك العليل ان يقضي نحبهُ . بيد انهُ لا يمضي ١٥ او ٢٠ ثانية الّا وتنتهي النوبة فتزول التقلصات وتتقاصى قليـلًا فقليلًا الاوتار الصوتية فيدخل الهواء بشدة في القصبـة ويُحدث في المزمار الذي لا يزال متضيقاً لغطاً خصوصياً اي شهيقـاً رنانًا حادًا ارتجافيًّا يمتاز بهِ . فلا يشبه السعال الخناقيّ ولا النوبة الرنَّانة التي تحدث في الشهقة انما يشبه فُواقاً ضعيفاً تعمتهُ حادة كما اشار اليهِ العلامة هيرار . وقد يكون احياناً انحلال العضلات المزمارية فجائيًا وكاملًا فيكون اول شهيق يبديهِ العليل اصمّ على الاطلاق

لا تـكون النوب على الشدة التي وصفتها اذ قد يُصادف انها لا تستمرّ الا بعض ثوانٍ ولا تأتي باعراض خناقية . وبالعكس فقد تستمرّ دقيقة لا بل دقيقتين

اما ما يجعـل هذه العلة ثقيلة فلا يتوقف على النوبة بذاتهـا بل على تـكرارها اذ من النادر ان تـكون النوبة في الولد واحدة او اثنتين . انما تـكون متواترة ولكن وان كانت في البداية لا تتجـاوز المرة او المرتين في الاسبوع

فتحدث فيما بعد مرارًا ليس في الاسبوع بل في النهار نفسهِ. وقد بلغت ٢٥ و٥٠ مرة في بحر النهار كما اثبتهُ العلامة ديلافوا

اعلم ان الاعراض الخناقية الثقيلة التي اشرنا اليها اذا تكررت افسدت صحة الاولاد فيقعون في الهزال ثم يموتون فريسة حمى الدق

وقد يموتون في اثناء نوبة عندما تتجاوز مدة الخناق حد عادتها

وقد يشفى العليل مع ذلك احيانًا على رغم وعيد الموت وانذاره فتأخذ النوب والحالة هذه في التقاصي والتناقص شيئًا فشيئًا

٩٨ المدة . هي متغيرة فانها تكون بين بعض اسابيع وجملة اشهر ما خلا الحوادث التي لم تشاهد فيها الَّا نوبة واحدة

٩٩ التشخيص . ان المرض الوحيد الذي يمكن خلط التشنج المزماري بهِ انما هو الذبحة الكاذبة . غير ان الذبحة تكون متواترة من الثانية الى الخامسة والتشنج من الواحدة الى السنتين. ثم اذا اصابت الذبحة ولدًا اصابهُ التهاب حنجري واحسَّ قبل النوب وبعدها ببحوحة واحيانًا بسعال وحلول حمّى طفيفة. اما التشنج فلا يرافقهُ ولا يسبقهُ شيءٌ من هذه الاعراض

ومع هذا كلهِ فان للنوبة نفسها اختلافات رئيسية فان الطفل يتنفس في الذبحة كاذبة وان كان تنفسهُ متصعبًا وسعالهُ ابحّ لكنهُ يسعل . اما في التشنج المزماري فلا يشاهد الَّا سكتة كاملة فلا تنفس ولا سعال ولا كلام ايضًا . ثم نوبة الذبحة تدوم ساعة لا بل اكثر اما نوبة التشنج فمدتها على الغالب هي بعض ثوان وقلما تكون بضع دقائق

١٠٠ الانذار . هو ثقيل غير ان الاطباء قد وقفوا على بعض حوادث انتهت بالشفاء لكنها نادرة

١٠١ العلاج. وصفوا لهذا الداء رشّ الوجه بالماء البارد وقت النوبة والدَلوك المهيج للبدَن ووضع جسم شديد الحرارة على نقطة او اكثر من الاغشية الخارجة

من المستحسن بين النوب استعمال المضادات للتشنج كالتفاح والفوّ واملاح الخرصين وبرومور البوتاسيُم

ومن المعالجات المفيدة ايضاً الاستحمام بالماء الفاتر طويلًا وتغيير الهواء والاقامة في الخارج عن المدن



المبحث الثاني عشر
في شلل العضل الحنجرية

لما كان الشلل من شأنه ان يصيب مجموعات العضل الوظيفية كان من المستحيل اجمالهُ تحت وصف واحد لان منهُ ما يكون مقابلًا لغيره ومنهُ يؤثر على الخصوص في النفَس ومنهُ في الة التصويت رأساً . وعليهِ فكان علينا ان نتكلم عن كل مجموع من العضل على حدتهِ

١ً شلل الحلقيتين الطرجهاريتين الخلفيتين. هاتان العضلتان الممددتان للمزمار اذا تقلصتا دخل الهواء في القصبة اما اذا شلّتا انضمت الاوتار الصوتية الى بعضها وقت الشهيق وتعذَّر دخول الهواء من غير خلال المزمار

الغضروفي . اما هذا فلا يكفي النفَس مؤنة. والبهر يشتدّ الى ان يؤول الى الاختنــاق ان لم يُستدرَك بقطع القصبة سريعاً ومع ذلك فان الصوت لا يضطرب في هذا الشلل الّا قليلاً. فاذا استقصيت بالمرآة الحنجرية رأيت ان الوترين الصوتيين متدانيان لا تقاصيهما قوةُ التنفس نفسها. وهذا الشلل نادر جدًّا وقد يمكن ان يسمّى بشلل ممددتي المزمار

٢ً اما في شلل العضل القابضة للمزمار فالنفَس يكون سهلًا والصوت منقطعاً. فاذا استقصيت رأيت الاوتار الصوتية مبتعدة عن بعضها اذا ما كان الشال مصيباً الجهتين. وان جهة واحدة كان وتر واحد متقاصياً عن الخط النصفيّ

٣ً اما في شلل العضلات الموتّرة للمزمار فالاوتار الصوتية تكون اما متبــاعدة واما متدانية وعليهِ فتتمّ وظيفتا التنفس والصوت على عادتهــما المألوفة . ولكن لما كان الشلل قد اعترى العضلة المعدّة لتوتير الاوتار الصوتية وتغليظهــا على ما ينبغي كان لا بد للصوت من ان يضطرب في نوعهِ بين القليل والكثير . والاستقصاء بالمرآة الحنجرية يعاون في اكثر الاوقات على تشخيص ما لهذه الشلل من الانواع المختلفة

١٠٢ الانذار . سليمٌ الا في شلل الحلقيتين الطرجهاريتين الخلفيتين اي الممددتين . فقد يلجئ ما ينشأُ عنهُ من الاضطرابات التنفسيــة الى قطع القصبة

١٠٣ العلاج . يختلف العــلاج على اختلاف الاسباب . فان

الكهربائية قد تكون من اسرع الوسائط وانفعها لنوال الشفاء ومصادمة الشلل الحنجري

الفصل الثالث
في امراض الشُعَب

انا على يقين ان ما اوردناهُ عن تشريح الحنجرة قبل الكلام عن امراضها شأنهُ ان يمكّن من حسن الوقوف على ما اتينا بهِ ممهدًا لنا السبيل الى ما تحرّيناهُ من الاوصاف. وعليهِ فاننا نرى قبل ان ناخذ في بيان العلل الشعبية والرئوية ان نذكر بعض ملاحظات تشريحية وفيسيولوجية تتعلق بالجهاز التنفسيّ .

المبحث الاول
في تشريح الجهاز التنفسي

اعلم ان القصبة التي تلي الحنجرة تمتد امام المريء الى مساواة الفقرة الرابعة الظهرية حيث تنقسم يمنةً ويسرةً الى شطرين يسميان بالشعبتين . فكلاهما يتجه الى الوحشية فينغمس في الرئة . اليمين في اليمنى والايسر في اليسرى . ثم تتوزع منها تفاريع شُعبية تاخذ في الصغر والدقة الى ان يصير قطرها شعريًا اذ ينتهي كل منها بقعور اكياس صغيرة منتفخة ومتمددة تسمَّى بالقُصيصات الرئوية . وهذه تنقسم بالوساطة اغشية صغيرة الى جملة خلايا

تُدعى بالخلايا الرئوية او الهوائية كلها تستطرق الى قناةٍ مركزية متفمّمة بالشُعيبة الانتهائية . وقد شبهها العلامة شَركُوبغرَف دير تستطرق كلها بممشىً واحدًا يكون عبارة عن القناة المركزية . فهذه هي الاجزاء التي يمرّ بها النسيم . ولكن لما كان الغرض من النفَس تحويل الدم الوريديّ الى الشرياني بما يتمّ بين الدم والهواء من التماسّ على سطح الرئتين كان من الواجب ان نبين ترتيب الاوعية الدموية الرئويّة وسير الدم فيها

الدم الوريدي الناتج عن تغذية الجسم يصل بواسطة الوريدين الاجوفين الى الأذَين الايمن ثم الى البُطين الأيمن فينقبض ويدفعهُ الى الشريان الرئوي . فهذا الشريان القصير ينقسم يمنةً ويسرةً الى شطرين يلتصقان سريعاً بالشعبتين المتفرعتين عن القصبة . ثم ينقسمان نظير الشعبتين ويلتصقان بهما في كل سيرهما . فاذا ما بلغا سطح الخلايا الرئويّة تفرّعا تفاريع شعريّة كثيرة العدد تنفذ تلك الخلايا فتكسو جدرانها فتصبح غير منفصلة عن الهواء الا بغشاء رقيق تتكوَّن عنهُ جدران الوعاء الشعري . ثم يتم التبادل الغازي ما بين هذا الغشاء الفاصل فينعتق الحمض الكربونيكي ويخلفهُ الأكسيجن فيحول الدم الاسودُ احمرَ اذ يصير الوريديُّ شريانيًا . فيمرّ حينئذٍ بالاوردة الرئويّة الاربعة وهي اثنان من اليمين واثنان من اليسار وكلها تصبُّ في الأذَين الايسر . ثم يدخل في البُطين الايسر فيدفعهُ الى الابهر

لا بد لاتمام هذه الوظيفة من مماسّة الدم والهواء . فيؤخذ من ثم ان ما يعيق دخول الهواء او الدم في الرئتين يعيق ايضاً ظواهر تأكسد الدم

ويثير البهر. وعليهِ فتكون علل البهر ثلاثاً : اولها الآفات القلبية التي اذا ما ارهنت انقباض القلب جعلته قاصرًا عن دفع الدم في الجهاز الرئوي

ثانيها الآفات الوظيفيــة التي تصيب الجهاز المعدّ لادخال الهواء في المسالك الهوائية مثل شلل العضل الشهيقية والحجاب الحاجز والحلقيتين الطرجهاريتين الخلفيتين وآفات الحنجرة الثقيلة كأوزيما المزمار والذبحــة الغشائية وغيرهما

ثالثها الآفات الثقيلة الرئوية مثــل ذات الرئة والتدرّن المتسع الذي يمنع مماسّة الدم والهواء (١)

اعلم ان التنفس باعتبــار وظيفتهِ على زمانين وهما الشهيق والزفير . فالاول يدخــل النسيم الى الشعب والرئتين موصــلًا الى الدم جزءًا من أوكسيجنه والثاني يخرجهُ متشبعاً من الحمض الكربونيكي المأخوذ عن الدم. فعنــد الشهيق تتمّ علائم مختلفة فان الحجاب الحــاجز الذي هو العضلة الرئيسية فيهِ ينخفض تجويفهُ فيوتّر ويدفع الامعــاء فيحدث نتوءًا في القسم البطني العلوي وتميل الاضلاع الى قدام وتتسع الوروب . اما عند الزفير فبخلافه فينخفض البطن وتنقبض الوروب. ومدة هاتين الحركتين غير متساوية فان الزفير اطول من الشهيق قليلًا . اما معدل تنفسات البالغ فيها وقت

(١) وانا لا اذكر هنا البهر الذي يتاتى عن اصل كيماوي كالبهر البوليني والناشئ عن امراض وبائية او عن الاختنــاق بالحمض الكربونيكي بل ما ينشأ عن انحراف وظائف الجهاز التنفسي

الراحة فزهاء ١٨ في الدقيقة

هذا ما علّمهُ القدماء واوصله التقليد الينــا محفوظاً على وتيرته منزّلاً منزلة عمــدة اخص الوسائط في تشخيص آفات الجهاز التنفسي من عهد إبوقراط الى ان ظهر العالم العامل لاينِك الافرنسي فأتى باكتشافات جديدة ادّاه اليها الاستماع وغمر الاجتماع الانساني بفوائد جليلة . وعليهِ فجــاز لنا ان نورد جلّ النتائج التي يؤدينا اليها الاستماع مبيّنين ما يمكن الوقوف عليهِ من الدلائل السماعية التي تبدو في امراض الجهاز التنفسي

المبحث الثاني
في الاستقصاء

ان الطرق التي نتحرّاها في استقصاء الامراض التنفسية اربع وهي : النظر والجسّ والقرع والاستماع . وهــذه الطرق جزيلة الفوائد من حيث يعزّز بعضها بعضاً ويعتاض الواحد منها ما ينقصهُ الآخر

١ً النظر . هذه الواسطة قلّ من يلتفت اليها او يعرف قيمتهــا مع انها توقفنا على احوال كثيرة . فانها تدل جليًّا على سرعة حركات التنفس واتساعها وسهولتها وعدمِ انتظامها وتُرينا العضل الشهيقية التنويّة متقلصة بين قليل الشدة وكثيرها وقت يضيق التنفس . كما انها ترينا الاغشية التي تغطي ناحيتي اعلى الترقوة واسفلها غائرةً وقت الشهيق في السحب العلوي والاغشية الشراسيفية وقت السحب الشراسيفي . ثم فضلاً عن العــلائم

الشخصية فالنظر من احسن الوسائط للوقوف على البهر لاسيا في الاطفال . لان الطفل لما كان عاجزًا عن ابداء ما يشعر به كان النظر بالنسبة اليهِ من اهمّ الوسائط واكبرها للوقوف على مرضهِ. فان تمدد اجنحة انفهِ عند الشهيق يكون من الدلائل الاولية على البهر . وانت تعلم ان النظر يمكّن عند هجوم الاختناق من مشاهدة زرقة الوجه وازرقاق الشفاه في الرضيع وغيره

وعلاوة على ذلك فانه يدل على التشوُّهات الصدريّة التي تعقب الآفات البلَورية والرئويّة . فان تمدد احدى جهتي الصدر لما ينصبُّ اليها من السائل البلَوري وانقباضها عند امتصاصه وتبدُّلهِ باغشية كاذبة والتصاقات مختلفة مما يعاون كثيرًا على التشخيص

قد يدل اتّساع القسم العلويّ من الصدر على وجود استهواء رئوي يُثبتهُ الاستماع. ثم اذا ما تفحصت عن الصدر شاهدت احيانًا من الحدب والانحياز ما يعرب عن عدم نظام في الاستماع ولولاهما لخُدِعتَ وتوهمتَ وجود آفات لا اصل لها

اما النظر فلا يكون فعّالاً ما لم يكن قانونيًا يتمّ بروّية وتأنٍ ولا يقتصر على الصدر فقط بل على النواحي المجاورة له وان لا يكشف فقط عمّا يطرأُ على الحركات التنفسية من عدم الاتساق بل عمًا يصحب ايضًا الدورة الودجية من الاضطراب كوقوف الدم والنبض الوريديّ. ومن العلائم التي لا تُدرك في بادىء الامر ولا يشفّ عنها النظر القاصر الانقباض الشهيقيّ لوربَين او

ثلاثة فانه يدل على التصاقات بلورية تمكّن من الوقوف على حقيقة التشخيص واصابة العلاج

٢ً الجسّ . اذا وضع الطبيب يده بصدر شخص يتكلم وهو في حالة الصحة احس بنفيضات او رجيفات تسمّى بالاهتزازات الصدرية او الصرير الصدري . وهي تكون اما متزايدة واما متناقصة واما متلاشية . فتكون متزايدة عندما تتصلب الرئة كما في ذات الرئة والتدرّن وغيرهما لان اهتزازات الهواء في الشعب تصل بسهولة الى الجدران الضلعية . ومتناقصة او متلاشية عندما يحصل انصباب في تجويف البلورا فتندفع الرئة وينقطع ما بينها وبين الجدار الضلعيّ من التناسب

اذا شئتَ ان تتبيَّن هذه الاهتزازات ضعْ رأس الاصابع بمساواة الاضلاع او الوروب التي تريد استقصاءها فاذا ما قابلت بينها وبين ما يتمّ من الجهة السليمة وقفتَ على حقيقتها

٣ً القرع . يتمّ القرع بوضع اصبع بجهة من الصدر ثم ضربه باصبع او اثنين او ثلاثة من اليد الاخرى فيسمع اذ ذاك صوت يتغيّر بحسب الظواهر . ففي حال الصحة يكون رنّانا لا بد من استماعهِ مرارًا كثيرة حتى اذا ما قابلتَ بهِ غيره من الاصوات الصدرية دلّ عليها

تتوقف التغيُّرات التي تطرأ على الرئة وقت المرض اما على زيادتها واما على نقصانها . فتتزايد في الاستهواء الرئوي والاستهواء الصدري وتتناقص بالعكس عندما يشترك الجدار الضلعيّ بانصبابٍ سائلي او بقسم

من الرئة قد صلّبهُ المرض واعدمهُ النسيم كما في ذات الرئة الحادّة وسرطانها وتدرّنها الخ

تولّد الصمم سهل المأخذ وبيانهُ ان الرئة تنشأ عند القرع عن اهتزاز الخلايا الرئويّة لامتلائها هواء فاذا ما انقلبت لعلةٍ جسماً صلباً كما في التجمد الرئوي او سائلاً كما في ذات الجنب سُمع عند القرع صوت اصمّ يُشبه ما يبدو عن قرع برميل مملوء . وعليهِ فيكون الصمم من اهمّ الدلائل الطبيعية التي تمكّن من الوقوف على وجود آفة ثقيلة في الرئة او البلّورا

٤ً الاستماع . اعلم ان الوقوف على قوة الاستماع يقتضي معرفة ما يتمّ في الصدر عند استقصائهِ من الحركات القانونية

اذا وُضعت الاذن بصدر شخص سليم العافية سُمع عند كلٍّ من حركتي النفَس لغط خفيف منسوب الى مرور النسيم من اطراف الشعب الى الخلايا ومنها الى الاطراف وهو المسمّى بالخرير الحوصليّ او اللغط التنفسي

لا يُدرك هذا اللغط مدة النفَس كله لان الزفير وان كان اطول مدةً لا يكون اللغط فيهِ اكثر امتداداً . فهو يَملأُ في الشهيق المدة كلها وفي الزفير نصفها والاخر يبقى كانه أصمّ . فاذا ما استوى اللغطُ بين الزفير والشهيق قيل ان الزفير مستطيل . وان اتفق وملأَ اللغط الزفيري النصف الثاني الذي يكون عادةً اصمّ ظهر كأَن الزفير ضعف الشهيق

الزفير المستطيل قليلة كانت إقامتهُ او كثيرة هو من الادلة القويّة . فانه ينبئ بان النسيم يندفع ببطء من الخلايا التي تحويهِ اما لنقصان في

مرونتها او لعائق على سطح الشعب . اما بالنظر الى الحالة المرضية فيكاد يكون دليلاً بيناً على تدرّن في بدايته او استهواء رئوي بين القليل والكثير من الشدة مع هذا الفرق وهو ان الرنة تكون متناقصة في التدرُّن ومتزايدة في الاستهواء . وعليهِ فتكون الفائدة جليلة الّا انهُ قلَّ من يهتمّ بها . فيوجهون النظر عند الاستماع الى ما يعرض من الالغاط كالنخية والخراخر وهم اما لتعصب يتحزّونهُ او لاهمال يرتكبونهُ لا يلتفتون الى التغيُّرات التي تطرأ على مدة اللغط التنفسي ونوعه وهي من شأنها ان تشفّ عن آفات يمكن صرفها في بدايتها بالمعالجات الفعّالة

ان التغيُّرات التي تعتري هذا اللغط في نوعه لا تكون اقلّ اهمية من تلك التي تصحبهُ في مدته اذ يمكن للنفَس والحالة هذه ان يضطرب في زمانيهِ وذلك اما عن نقصان الشدة في الخرير الحوصليّ او عن زيادتها . فاذا ما بلغ النقصان آخر حدّه آل الى الصمت التنفسي . وهنا ظاهرة سماعية رئيسية قوتها السلبية تكفي وحدها في الغالب مؤنة التشخيص اذ تكون في بعض الحوادث دليلاً مميزاً . فان الصمت اذا ما تحقق وجوده دلَّ صريحاً على ان النسيم لا يدخل في الشعب لانسداد يكون اماً عن تجمُّد ليفيّ التهابيّ قد اصاب كامل الرئة والشعب المقابلة كما في ذات الرئة المجسّمة للعلامة كرَنشِه وهو نادر جداً . او عن ضغط الخلايا الهوائية والشعب وانبساطها لانصباب سائل غزير في تجويف البلّورا كما في ذات الجنب الانسكابية وهو الاكثر حدوثاً . فهذه هي القوَّة الدليلية التي تحصل عن انقطاع اللغط تماماً

قد يتفق ان يكون هـــذا اللغط متناقصاً فقط . والنقصان امَّا انهُ يلحق زَمني النفَس معاً او زمنــاً واحدًا كما في تدرّن الرئة واستهوائها ومــا اشبهها . غير ان انواع التناقص في شدته نادرة . اما الزيادة فيهــا فهي اكثر تواترًا وتلحق على الخصوص بالشهيق الا انهُ حالمـا يزداد اللغط يضطرب في نوعه ويفقد ما كان عليهِ من اللدونة والسلاسة فيصير اشدَّ صخباً . ثم يكون كلٌّ من خشونة الشهيق ورشفه محمولاً على الزيادة في حدَّة اللغط او في نوعه المبشريّ

لا يكفي التفحّص عن التغيُّرات التي تطرأُ على اللغط التنفسي في اشخاص لا يكون فيهم غير اضطراب بل ينبغي اجراؤُه على من يكون في وسع الغاطهم الطارئة كالخراخر الفرقعية الدونية وغيرها ان تستر هذا اللغط كما في الالتهابات الشعبية وغيرها

ان الالغاط الطارئة او الاضافية تُسمّى بالنخية او الخرخريَّة . غير ان تولُّد الخراخر يختلف قليــلاً بالنظر الى طبيعتها فمنها ما يكون ناشفاً فيؤَثّر في الاذن تأثيرًا شخيريًا او صفيريًا وتُدعى بالخراخر الشخــيريّة او الصفيريّة وهي في العموم اشد صخباً من غيرها فيمكن سماعها عن بُعد عند شدتها ولا يحتاج الطبيب الى وضع أُذنه بصدر العليل ولا بد مع ذلك من الاستماع في الغالب للوقوف عليها فانها توجد في زمني التنفُّس وقد تغطي غالباً الخرير الحوصلي فتمنع عن ادراكه . ولمَّا كانت تستمرّ مدة النفَس كلهِ وكانت تملأُ زمانَيهِ في وظائفها كان لا بد للغط من ان يكون اشد امتدادًا في الزفير منهُ في

الشهيق . فاذا غفل المشاهد ولم يتفطن تزل الشهيق منزلة اللغط التنفسي وتوهم ان الزفير مستطيل

هذه الخراخر تدل صريحاً على آفة في الشعب الغلاظ والمتوسطة . فتكون في الغالب سطحية وتنشأ في العموم عن التهاب او تهيّج قد اصاب القصبة او الشعب الغلاظ سواء تغطّت سطوحها بافراز ملتحم او لم تتغطَّ . ثم من طبعهـا ان تنتقل فتغيب وتعود بسهولة غير ان قلّة ثباتها مما يدلُّ على حسن عاقبتها .

اذا غزُر الافراز واشتد تميّعهُ والتصق بالشعب المتوسطة القطر انشأ فيها الهواء في اخذه وردّه لغطاً خصوصيًّا نسمّيهِ بالخرخرة القرقعية الدونية . على انها تُشبه ما تُبديهِ الفقاقيع الهوائية التي تنفذ طبقة من سائل لا يخلو من اللزوجة . وهي تصل الى الاذن غير مستوية الحجم اذ تكون بمقتضى قطر الشعبة التي تحدث فيها . فاذا ما رافقها لغط نفخيّ نوعهُ كهفيّ تولّد اللغط القُراقوريّ . وان تألفت من فقاقيع كبيرة بدون لغط نفخيّ سُميت بالخراخر الفقاعية او المخاطية . اما الخراخر القرقعية الدونية فانها تتولّد خصوصاً في الشعب التي تكون اقلّ حجماً من السابقة ولكن مهما كان الامر من حجمها فانها تبدو في زمني التنفّس . وهي كالخراخر الصفيريّة تقبل تغيّرات عديدة تدل على انتقال العلة التي قد ابدتها وتكون عبارة عن التهاب شعبيّ لا يستلزم البتة آفة في جوهر الرئة

اما الخراخر القرقعية فليست كذلك فهي جافّة دقيقة منتظمة مستوية

الفقاقيع على نوع ما وتُحدث عند الاستماع لغطاً رئوياً يُشبه ما يُبديه من الفرقعة رضّ الشعر قرب الاذن او الملح الناعم الملقى في النار . ومن المرجَّح ان هذه الخراخر تنشأ عن انبساط الخلايا الهوائية اذ ياخذ بعضها ينضمّ الى بعض لارتشاح ينسكب اليهــا في بدايته. وهي تكاد تميّزُ ذات الرئة الحاد في دورهِ الاول . وقد تصحب ايضاً الاوزيما الرئوية لكنها تختلف عن الخراخر الفرقعية الدونية بثبوتها في مجلسها نظير الآفة التي تحدثها فضلًا عن انهــا لا تُسمع الّا مدّة الشهيق . ولمّا كانت اشد دقّة واقلّ صخباً من الخراخر الدونية كانت في العموم اشد انحصارًا في حدود مركزها. فان لم يتأنَّ الطبيب ولم يعمل الفكر لم يدركها وقت الاستقصاء

فيؤخذ من ثم ان تقــل الامراض الرئوية يكون بنسبة متعاكسة الى شدة الاصوات المدرَكة . هذا الامر وان ظهر غريباً فهــو ينطبق على ما نقف عليهِ عند المشاهدات وانا ما فتئتُ في كل فرصة استلفت التــلامذة اليهِ عند مشاهدة المرضى في المستشفى

من الظواهر المهمّة ايضاً ما يُسمّى باللغط النفخيّ وهو لغط يصل الى الاذن شبيهاً بما يتمّ عند النفخ باسطــوانة مجوّفة . اما الوقوف على تولُّده وان سهلًا فقلّما تستوعبهُ التلامذة ويُحسن بيانه المؤلفون

ان القنوات الشعبية هي اسطوانة متصلبة يحدث فيها النسيم في الحالة الصحية قبل دخوله في الخلايا الهوائية وبعد خروجه منها لغطاً يُشبه ما يبديه النفخ في اسطــوانة مجوّفة تكون عبارة عن القناة الشعبية كما تشــير اليهِ

النواميس الطبيعية ويؤيّده الامتحان . وهـذا الصوت لا يُدرك في حالة العافيـة لسببين اولهما : لان الشعب التي يتكوّن فيها تنفصل عن الاذن بانسجة لا توصل الصوت من ذات تركيبها كالخلايا الرئويّة المملوءة نسيماً . ثانيها لان الخلايا الرئويّة نفسها هي منشأ لغط اشد تسطحاً وقرباً من الاذن وهو اللغط التنفسي فينشأ هو والالغاط الشعبية فيحجبها

فلا بد لادراك اللغط الشعبي العـادي اي اللغط النفخي الشعبي من شرطين اولهما : ان يكون الخرير الحوصلي منقطعـاً او اقلّه بيّن النقصان . وثانيهما ان يخلف لعلةٍ الخـلايا الرئوية جسم موصل للصوت يكون بين الاذن مركز الاحساس والشعبة مركز تولّد الاصوات . وقد يتوفّر هذان الشرطان كل مرة استولى على الفصيصات الرئويّة ارتشاح متجمّد فتبقى من جهةٍ الخلايا المصابة صمّاء عند انحجابها عن دخول الهواء مـدة دوران النفَس ومن الاخرى تتمشى الكتـلة الرئويّة المتصلبة على النواميس الطبيعيـة التي مؤدّاها ان يكون الجـامد احسن موصل للصوت من الغازي فينقل رأساً الى الاذن اللغط الشعبي الذي يتمّ عند طرفه الآخر . وقصاراي ان تصلُّب جزء من الرئة انما يكون كسماع طبيعي يدل على الالغاط التي تحدث عادة في القنوات الشعبية

اذا انصبّ سائل في البلّورا وبسط الخـلايا الهوائية على شعبة سُمع ايضاً اللغط النفخي الشعبي وانقطع اللغط القانوني لوجود الجسم الموصل وهو السائل البلّوري الذي يحلّ بين الاذن والشعبة المولّدة له . فلا يُسمع اللغط

الشعبي في العموم في زمني النفَس الّا في الزفير. وسببه ان النسيم في الشهيق يدخل الخلايا سهلًا لا يدفعهُ على نوع ما الّا الضغط الجوي فقط ملأً للفراغ الذي يحصل داخل الصدر عن انقباض العضل الشهيقية وتمدد الصدر. بينما انه في الزفير يندفع في بادئ الامر فجأةً من شدة تقلُّص العضل الزفيرية فيصبح عند مروره بالقنوات الشعبية ذا صخبٍ في وسعه ان يُحدث اللغط النفخي الذي سبق الكلام فيهِ

لا يكون الكلام وافيًا فيما قلناه عن كيفية الالغاط النفخية الشعبية او نذكر الغاطًا اخرى يختلف بيان تولُّدها المرضي عمَّا قدمناهُ وهي الالغاط النفخية الكهفية . فهذه الالغاط الكهفية او التجويفية تنشأُ عن دخول الهواء في كهفٍ قد تجوَّف في جوهر الرئة تحفُّ بهِ انسجة متصلبة ولها نوعٌ يُشبه ما يُسمع عند النفخ في احدى القناني. فاذا ما غاظ اللغط النفخي سُمي بالجري

ليس على الطبيب عند الاستماع ان يعرف فقط طبيعة الالغاط التي يدركها انما عليهِ ايضًا ان يبذل مجهوده في الوقوف على مجلسها لانها تدلّ على علل مختلفة بمقتضى الجهات الرئوية التي تصدر عنها. وعليهِ فس الخراخر الفرقعية الدونية الدقيقة التي اذا ما حلّت في قمة الرئة دلّت على دوران تدرّن رئوي وان في قاعدتها فغالبًا على تهيج رئوي عن علة قلبية وان في وسطها كانت متأتية عن دوران التهاب رئوي شعبي

اذا وضع الطبيب اذنهُ بصدر شخص يتكلم وهو في حالة الصحة سمع رنينًا ينقل الالفاظ اليه كثيرة الاختلاط

اذا تصلبت الرئة في جهة من امتدادها او تكوّن فيها بؤرات دوّى صوت العليل في اذن السامع دويًا اشد مما يكون عليهِ وقت الصحة وهو المسمى بالصوت الشعبي. وقد يتمكن المشاهد في بعض الحوادث كالكهوف الرئويّة ان يميز جليًا عند الاستماع ما يلفظهُ العليل من الكلام المخفض المعروف بالكلام الصدري وهو من الادلّة التي يكثر حدوثها في بعض الالتهابات البلوريّة وسيأتي الكلام فيهِ

المبحث الثالث

في النزلة الشعبية الحادة

هي التهاب الغشاء المخاطي الشعبي وهي كثيرة التواتر

١٠٤ الاسباب. اسبابها عديدة. فمنها ما ينشأ عن علل بادية فتؤثر اما في الاغشية الخارجية كالبرودة واما في الشعب نفسها كاستنشاق هواء شديد السخونة او البرودة او أبخرة حرّيفة

ومنها ما يحدث عن امتداد الآفات المجاورة للشعب كالزكام والخناق والتهاب الحلقوم والعلل الرئويّة او البلوريّة والتهابات الحجاب المنصف او العقد الشعبية وغيرها

ومنها ما يكون نوبيًّا في النساء فيعيض ما ينقصهنَّ من الحيض

ومنها ما يختلط بعلة عامة او يطرأُ عليها وهي تكون اما حادة كالنزلة الصدريّة الوبائية والحصبة والشهقة والحمّى التيفوديّة او مزمنة كالنقرس

والاكزيما والداء الزلالي والعلل القلبية والقوباء

ان النزلات الشعبية الحــادة تصيب الرجال اكثر من النساء لزيادة تعرّضهم الى ما يهيجها من الاسباب . وهي تستخص الاطفــال لاسيما في الفصول الباردة والرطبة الّا ان البرد اليــابس بخلاف الرطب قلما تهيئ لقبولها. ولا تغفل عن ان الاستعدادات الشخصية انما هي من اكبر اسبابها

١٠٥ التشريح المرضي. يكون الغشاء المخاطي الشعبي احمر ووارماً اما احمراره البيّن فيمتاز لدى الاستقصاء بالبــلورة المعظِّمة بما يكون فيهِ من التمــددات الوعائية او الطُفَيحات الدموية المنتشرة فيهِ . اما ورمهُ فيظهر عندما يشتد الالتهاب فيتضخم الغشاء المخاطي لما يحلّ فيهِ من الارتشاح الالتهابي ويصغر قطر الشعبة بين القليل والكثير. غير ان هذا لا يكون لهُ كبير اهميــة بالنظر الى الشعب الغلاظ اما في الدقاق فقد يتعاظم ورم الغشاء فيسدّ قطر مجراها . واذا انتشر الالتهاب ضيّق النفَس وأبدأ الخــناق كما قد يحدث في الالتهاب الشعبي الشعري

قد تمتد هذه الآفات الى كل الجهاز التنفسي حتى القصبة الّا انها في اغلب الاوقات لا تصيب اذا ما كانت بسيطة الّا القصبة والشعب الغــلاظ والمتوسطة القُطر. وهي تُشبه ما قد وصفتهُ في الزكام فيصحبها افراز يتصف بما للالتهاب النخامي الحادّ من الصفات. فيجفّ اولاً الغشا المخاطي ويكسوه سائل شفّاف لزج يلتصق بهِ ثم نخلفهُ في الدور الانتهائي سائل صديدي غليظ ضارب الى البياض يحتوي كثيرًا من الكريات البيضاء

١٠٦ الاعراض . ان لهذه العلة شكلين احدهما خفيف والآخر ثقيل فالخفيف هو المعروف بالنزلة لا غير ويبدأ في الغالب بزكام يعقبهُ كرب او وخز وراء القص . فتثير هذه الاحساسات سعالاً يكون في الدور الابتدائي بين قليل التواتر وكثيره رنَّانًا صخبًا وغالبًا نوَبيا فقد يخفّ نهارًا وقد ينقطع تمامًا . اما مساء وليلًا فيكون اشد تواترًا

قد يشعر العليل عند المساء بانحراف في مزاجه يصحبهُ غالبًا قليل من الحرارة والحمّى ثم يعقبهُ عياء ووصمة خفيفان فيقهم العليل الى ان يصير النفث سهلًا فيندفع بصاقًا صديديًا يميز دور الانضاج . ثم في اليوم الثامن او الخامس عشر يخفّ الكرب ويزول الانحراف فيبرأ العليل تمامًا حيث لم يُصب الالتهاب الّا القصبة وشُعبَتيها . اما الاعراض السماعية فتكون فيهِ سلبية على الاطلاق

يختلف الشكل الثقيل عن السابق بثقل الاعراض العامة وثبوت السعال وشدة البهر والظواهر السماعية التي تنشأ عن انتفاخ الغشاء المخاطي وما يكسوه من الافراز

اما بعد السبب المولّد باثنتي عشرة او ستّ وثلاثين ساعة فيشعر العليل بانحراف بين قليل الشدة وكثيرها يرافقهُ وصمة وصداع وعياء فيفقد شهوة الأكل ويطلب الشرب . ثم تاخذه حمّى تمتاز بقشعريرات تتكرر وحرارة ترتفع سيما مساء وقد لا تكون الّا مساء فتسير مدة يومين او ثلاثة سير الحمّى المتقطعة

اما هذا الابتداء فلا يكون ثابتاً . في الغالب يُصاب العليل بزكام يخالفهُ التهاب حنجري ولا يشعر باحتراق وامتلاء في القسم العلوي من الصدر ولا يسعل الّا بعد ايام

لكن مهما كان الامر من ابتدائها فاذا بلغت دور الوقوف امتازت بالاعراض الآتية : يصير السعال متواترًا شاقًا نوبيًا ناشفًا صرفًا في بادىء الامر يثور لادنى سبب كالانتقال من المكان الحارّ الى البارد وازدراد السوائل الحارّة او الباردة . فيتغير نوعهُ بحسب الاشخاص وشدة العلة فيكون تارةً غليظًا أو حادًا رنّانًا مطنطنًا او خفيًا واخرى صفيريًا . ثم كلما اخذ الافراز يتكوّن اصبح رطبًا غير مؤلم بعد جفافهِ وكربهِ الابتدائيين . ويكون دسمًا وسهلًا عندما يزدحم الخلط المخاطي او المخاطي الصديدي في المسالك التنفسية

النفث يكون في البدء ابيض مزبدًا يُشابه اللعاب ثم يصير دابقًا ولزجًا فيتكوّن اذ ذاك عن مخاط مبيض نصف شفّاف يندر تخططهُ باخيطة دمويّة . ثم ينقلب غليظًا مصفرًا او مخضرًا او مخاطًا صديديًا لا رائحة لهُ يسبح عادةً في الماء لما فيهِ من الفقاقيع الهوائية . ويكون تارةً منفردًا ومستديرًا . وأخرى ملتئمًا وساطي الشكل . وهو يؤلف والحالة هذه من مخاطٍ يتخللهُ مقدار متغير من الكريات البيضاء والخلايا البشريّة المخاطية

تبدو نوب السعال وما تحدثهُ من النفث ليلا ونهارًا مختلفة تواترًا وشدة ومدة . في اثنائها يتزايد الألم الذي وراء القصّ ويشعر العليل بالآم

عنـد قاعدة الصدر تنشأ عن تمطط اندغامات الحجـاب الحاجز لما يتحرّاهُ المصاب من العناء في السعال . فاذا ما تواترت النوَب واشتدت صحبها صداع واحتقان في الوجه واثارت في الغالب تقيئًا يليهِ تكسّر بين قليـل الظهور وكثيره

ان الاعراض الوظيفية تبدو هي والظواهر السماعية . فان انتفاء التجمُّد الرئوي وبقـاء الخلايا الرئويّة على حالها يدلّان على ثبات الرنين القـانوني وضرورة ادراك الخرير الحوصلي في الصدر بكمالهِ

ان الدلائل السماعية المميزة للالتهـاب الشعبي تنشأ عن الشعبات المصابة . فان عمود الهواء الداخل والخارج يمرّ بالقنوات الشعبية التي يكون غشاؤها المخاطي منتفخًا بين قليـل الانتظام وكثيره فيهتزّ بهِ فيُحدث لغطًا جافًّا يُدعى بالخرخرة الشخيريّة او الصفيريّة . وقـد يشتد هذا اللغط اشتدادًا بليغاً فيُسمع عن بُعدٍ . فاذا ما وضعت اليد حينئذٍ على صدر العليل شعرتَ عند كل حركة تنفسية باهـتزاز في جدران الصدر يوصل الى اليـد الاهتزازات التي تاتي عن الشعب . بيدَ انهُ لا ينبغي خلط ذلك بالاهتزازات الصدريّة التي تزداد وقت التصويت فقط

طالما يستمرّ في الدور الابتداءي الغشاء المخاطي الشعبي الملتهب جافًّا فلا يُسمع من الالغاط الطارئة سوى السابقة . ولكن عندما يبدو المفرَز ويكسو الغشاء المخـاطي تبدأ الخراخر الشخيريّة تمتزج بخراخر فرقعيـة دوية متمايزة مقدارًا وحجمًا . فلا تزال هذه تتزايد الى ان تزول الخراخر الشخيريّة

تاماً فتقوم بها اذ ذاك الدلائل السماعية الطارئة التي يتسوّل ادراكها

الاعراض العامة . اذا كانت النزلة الشعبية بسيطة وقليلة الاتساع مقتصرة على الشعب الغلاظ كانت الحمّى في اغلب الاوقات خفيفة وكادت شهوة الاكل ان تنقص وما فتئ العليل متعاطياً اشغاله اليومية

اما اذا تعاظمت هذه الاعراض (وهي من النادر ان تشتدّ في الالتهاب الشعبي البسيط) صحبتها الحمّى وقرع النبض من ١٠٠ الى ١١٥ في الدقيقة وقهم العليل ووهنت قواه وكثر عطشهُ ووسخ لسانه وتكدر بولهُ واضطرّ غالباً الى ملازمة الفراش . وقد تثورُ الحمّى كل مساء فتشتد الاعراض

قد يتفق في النادر ان تُصيب العلة فتياناً ومشائخ او ضعيفي البنية او تشترك بذات الرئة او ذات الجنب او باستهواء رئوي او بآفات قلبية فتمسي الاعراض العامة ثقيلة وتهبط القوى ويقف النفث فتتجمع الافرازات في المسالك الهوائية فيموت العليل مختنقاً بعد نزاع بين قليل المدة وكثيرها يميزهُ خرخرة قصبية . غير ان هذا الانتهاء يكون على سبيل الشذوذ

اما في الغالب فتسقط الحمّى بعد اسبوع او اسبوعين وتسكن الاعراض فيخمد الألم الصدري ويُعتق النفَس ثم يفقد النفث بعض قيحه فيصبح اشدّ بياضاً وزَبَداً . ثم يتناقص شيئاً فشيئاً فينقطع تماماً ويعود النعاس وشهوة الاكل وهما من اخص دلائل النقه . اما اذا كان المصاب ضعيفاً او لم يُحكَم التمريض انقلب الداء مزمناً

١٠٧ السير والمدة والانتهاء . مهما كان الامر من الالتهاب الشعبي الحادّ في ابتدائهِ فان لهُ دورين وهما دور الفجاجة ودور الانضاج . فالاول يكون السعال فيهِ يابساً ومدته من ثلاثة الى خمسة ايام . والثاني يمتاز بنفث مصفرّ وبتحسين الاعراض العامة والموضعية في اغلب الاوقات

ان العلامة لاِبك الذي اعمل الفكر في الالتهابات الشعبية قد تفرد بآراءٍ نذكرها ونحن بُراءٌ من ضمانتها

١ً كل التهاب شعبي لا يبدأ بزكام لا يكون بسيطاً

٢ً كل التهاب شعبي يثبت راسخاً في بؤرة مدة ثمانية واربعين ساعة لا يكون بسيطاً. فان حلّ في القمّة اوهم بوجود تدرّن رئوي . وان في القاعدة فبالتهاب شعبي قلبيّ . وان في الوسط فبالتهاب شعبي رئوي لان الالتهاب الشعبي البسيط لا يكون متحرّكاً فقط بالنظر الى الفسحة بل بالنظر الى اعراضه السماعية ايضاً . وقد تخلف الخراخرُ الرطبة الخراخرَ التخيريّة الصفيريّة ثم تتعاكس فتخلى لها عن مستقرّها

فصلٌ

في انواع الالتهابات الشعبية الحادة

انواع هذه الالتهابات كثيرة ومختلفة المصادر

بالنظر الى السعال . قد يكون السعال في البعض كثير التواتر بل

زائدًا وقد يكون في آخرين قليلًا بيدَ انهم اذا سعلوا استراحوا لما يجدونه من سهولة النفث

٢ً بالنظر الى النفث . قد قسم الدكتور لايك السعال الى قسمين وهما الجاف والرطب وجعل بعض مناسبة بين ما يتم في الشعب والامعاء عند التهابها . فمن الالتهابات المعويّة ما يرافقها اسهال ومنها ما يرافقها اعتقال . كما ان من الشعبية ما يكون جافا من غير نفثٍ ومنها ما يكون رطبًا يصحبهُ نفث غزير

٣ً بالنظر الى المركز . قد تتنوَّع الالتهابات الشعبية في اعراضها وشدتها من الالتهاب القصبي الشعبي الى الشعبي الشعري

٤ بالنظر الى الاستعدادات المرَضية البنَويَّة . ا. يشتد الالتهاب الشعبي الحاد غالبًا وسريعًا في قوباني البنية اشتدادًا خاصًا يمتاز ببهر عظيم وخراخر صفيريَّة مخاطية وصخَّابة تعمّ الصدر كله . فيُظنّ ان ذلك نوب ربويَّة شعبية لا تسكن الَّا بعد ايام كالالتهاب الشعبي التشنجي . وقد يشتد ايضًا لاسيما اذا وقع وقت انتفاء بعض الظواهر الجلديَّة كالأكزيما والقوباء الصفراء

ب. يمتاز في المصابين بداء النقرس بثبات الخراخر في مؤخر الصدر واسفله مائلا الى الازمان على شكل دون الحاد

ت. يفرقهُ في من يصابون بالداء الخنزيري تكراره المتواتر وسهولة عوده وميله الى الازمان

ث. الالتهاب الشعبي الذي يصحبهُ استهواء رئوي يفصلهُ البهر الزايد الذي يحدث في الغالب ليلًا. فان انذاره ثقيل اذ قد يُميت العليل مبهورًا ومختنقًا من دون ان يشترك بغيره

ج . الالتهاب الشعبي القلبي قد يبدو على ثلاثة اشكال: اولها ما ينشأ عن آفة تاجية فيحدث وقت هجوم استرخاء القلب ويكون من اخصّ اعراضه . ولما كانت الحمّى التي ترافق هذا الالتهاب متاطفة كان الدالّ عليهِ البهر الذي يزداد عند الاستلقاء ازديادًا يُلجئ العليل في العموم الى مقاساة الليل جالسًا على كرسيه او سريره . وهو يمتاز بخراخر فرقعية دونية تستقرّ في قاعدتي الرئة

ثانيها الشكل الابهري الذي ينفرز عن غيره بفجاءة وروده وشدة بهرهِ . اما عند الاستقصاء السماعي فيمتاز بخراخر فرقعية دونية دقيقة ترتكز في نقطة او نقطتين من الرئة لاسيما في وسطها وتنتقل في الغالب سريعًا

ثالثها الشكل الممتزج من آفات أبهريّة وتاجية. فيشترك الالتهاب فيهِ بصفات الشكلَين السابقَين واعراضهما

ح . الالتهابات الديابطسية. تفارقهُ بدفعاتها الحادة وملازمتها وميلها الى التركّز في القمّة فتسبق في العموم دوران التدرّن الرئوي

خ . الالتهابات الزلالية. قد يتفق ان تكون هذه الالتهابات من اول الادلّة على الآفة الكلويّة ومنها ما يكون مدفونًا فيكشفهُ الاستماع . وهي تمتاز بما لاعراضها السماعية من الانتقال العظيم والحركة الزايدة. وقد ميز منها

العلامة لاسك ثلاثة انواع وهي: العام والشديد والثقيل

فالعام يختص ببؤرات يسمع فيها خراخر فرقعية دونية دقيقة كثيرة الحراك . لا نفث فيه ولا سعال. يصحبهُ بهر يزداد غالباً في الليل. والثاني يكون السعال فيه نوبيًّا يرافقهُ وقت النجران نفث مخضب بالدم. اما البؤرات فاثبت فيه من الشكل السابق . والثالث يشبه تماماً الالتهاب الشعبي الرئوي

د . الالتهابات الشعبية الحمَّويَّة. اكثر الامراض العامة الحمَّويَّة يصحبها اصل التهاب شعبي هو في الغالب دليل عليها . ففي الحصبة قد يشتد الالتهاب الشعبي وينتشر فيرافقهُ احياناً بهر عظيم ويستمر مدة الدورين الاستيلائي والنفاطي . فان دام البهر عند انتهاء الدور النفاطي خُشي دوران التهاب شعبي رئوي . اما في الشهقة فيمتاز بعنصره التشنجي . وفي الحمَّى النزلية يكون من اهم اعراضها فينتشر ويرافقهُ الخراف وتكسر عام . وفي الحمَّى التيفودية يكون من الدلائل الرئيسية عليها فيرتكز غالباً في قاعدتي الرئة وقد يصيب جزءا من الشجرة الشعبية فيحدث ما يسمَّى بالتيفوس الصدري او الشكل الصدري التيفودي . وفي الحُمرة قد يكتسب الالتهاب الجلدي الحلق والحنجرة ثم القصبة ويصيب شعب احدى الرئتين . وفي الانجرية يمتاز الالتهاب الشعبي بفجاءة هجومهِ وشدة بهره وسرعة زواله . وفي تدرن الرئة يُعرف بتكراره وميله الى التركز في قمتها

١٠٨ التشخيص . تمتاز النزلة الشعبية الحادة عن ذات الرئة والجنب

بوجود الخراخر الشخيرية والصفيرية التي تشغل في العموم جزءاً كبيراً من الصدر . وعلاوة على ذلك تكون الحمَّى فيها اخفّ منها في ذات الرئة . ونخس الخاصرة الابتدائي المتواتر فيه يندر جدًّا فيها . فلا النفث أصدأ كما في ذات الرئة ولا الصوت اصمّ ولا اللغط نفخي كما يبدو في ذات الرئة والجنب . وقد تدل الخراخر الفرقعية الدونية على النزلة الشعبية الحادَّة سواء صحبتها الخراخر الصفيرية او لم تصحبها . وعليهِ فاذا ما اقتصرتَ على الظواهر السماعية فقط أُوهمت ان المسئلة في اوزيما الرئة او في تهيجها . مع ان الظواهر الاوزيمية ترتكز في القاعدتين فضلًا عن ان علتها ليست مجموعية وان العليل قد اصابتهُ آفة رئسية كالداء الزلالي وغيره اذ تكون الاوزيما من بعض اشتراكاته

اما التهيج الرئويّ الذي يصحبهُ ايضاً خراخر فرقعية دونيَّة فيكون اما انفعاليًا واما فاعليًا . فالاول يكون من دون حُمّى وينشأ عن علة قلبية فيرتكز في القاعدتين . ومشابهتهُ بالاوزيما اشد منها بالالتهاب الشعبي . والثاني تكون الحمَّى فيهِ بين القليل والكثير وهو اقرب الى ذات الرئة

لا بدّ في تشخيص الالتهاب الشعبي من الوقوف على الحالة العامة التي قد يتعلق بها . فاذا ما عثر الطبيب على التهاب شعبي حصبي ولم يلتفت الى العلة المولدة له كان تشخيصهُ قاصرًا بل اقترف نقصاناً يعنّف عليهِ اذ لم يتنبه الى الداء الاصلي الذي يكون الالتهاب من اعراضهِ الكثيرة . فعليهِ اذن ان لا يقصر تشخيصه على العلة الموضعية فقط بل ان يتبحَّث عن الحالة

العامة والاعضاء المجاورة التي قد تبين لهُ ما خفي من سبب العلة الشعبية

١٠٩ الانذار . محمودٌ في العموم الّا ان ثقلهُ يكون غالبًا في نسبة حالة العليل العامة او حالة جهازه التنفسي السابقة . فان اصاب ضعيفًا او فتى او شيخًا او من اعترتهُ آفة قلبية او استهواء رئوي او تشوهات صدرية قتلهُ في الغالب بدون ان يستعين بغيره . اما في القويّ البنية والسليم الصحة فلا يكون الالتهاب الشعبي خطرًا طالما لا تشاركه علة اخرى كالالتهاب الشعبي الشعريّ او الشعبيّ الرئويّ

١١٠ العلاج . اذا كان الالتهاب هذا خفيفًا كالنزلة برئ في الغالب من ذاته . ولكن لما كان يتعذر الوقوف على كونهِ بداية شكل اثقل كان من الواجب ان يُفرض على العليل ما يفرضهُ قانون الصحة بان يتجنب التعرض الى البرد ويصون عنقه وقدميه حارةً وان يأخذ صباحًا عند يقظته ومساء عند رقاده سويقًا معطرًا من البنفسج او لسان الثور او غيرهما محلىً بالسكر او بملعقة من شراب الطولو او شراب كزبرة البئر . اما اذا اشتد الالتهاب وصحبهُ فساد في الهضم حسن وصف المقيّئات . وان تردد السعال وامسى متعبًا نوبيًا وجب تخميده بالاستحضارات الافيونية

يفيد ايضًا شراب الخشخاش الابيض بمقدار ملعقتين كبيرتين او اربع ملاعق اثناء اوقات متساوية المدة نهارًا إمّا صرفًا او ممزوجًا بمنقوع سخن . وكثيرًا ما نجحتُ في الوصفة الاتية وهي :

{ شراب كزبرة البئر ١٥٠ ج

ماء الغار الكرزي	٣٠	ج
كحولاتور خانق الذئب	٥	«
برومور البوتاسيوم	٦	«
كلوريدرات المرفين .	٠،٠٦	سج

يمزج ويؤخذ منهُ ملعقة كبيرة صباحاً عند النهوض وأخرى مساء عند الرقاد في قدح من منقوع ورق البرتقان

اذا يبس السعال وعسر تقطع الخلط المفرز فدونك والاستحضارات الإغدية كالقرمز اما اقراصاً بمقدار ٠،١٠ او ٠،٢٠ سنتيجراماً بعية الاشربة السابقة واما سائلة متضمنة اركاناً افيونية . وانا اؤثر الجرعة الاتيــة وهي:

قرمز معدني	١	ج
شراب الكودايين	١٠٠	«
ماء الخس	١٠٠	«

يمزج ذلك ويؤخذ منهُ ملعقة كبيرة صباحاً ومساءً . وينبغي رج القنينة قبل الاستعمال

وعلاوة على هذه الوسائط قد يحسن ايضاً استعمال المصرفات الجلدية كاوراق الثافسيا ودهن الصدر بصبغة اليود يوماً من امام وآخر من وراء غير انها لوهن تأثيرها لاينبغي ان يُعقد الاعتماد عليها

يختلف العلاج قليلاً في الاولاد . ومما يُوصَف لهم خاصة المقيئات كشراب عرق الذهب . فاذا ما أُخذ منهُ ملعقة صغيرة كل خمس دقائق الى

ان يحصل القيء كان غالباً وافياً في الذين لم يتجاوزا الثـانية من عمرهم . اما في مَنْ تجاوز هذا السنّ الى الخامسة فينبغي ان يُضاف اليه مسحوق عرق الذهب كما يأتي :

شراب عرق الذهب		٣٠ ج
مسحوق عرق الذهب من ٥٠، سج	الى	١ »

ينبغي هزُّ القنينة ثم أخذ ملعقة صغيرة كل خمس دقائق حتى يحصل القيء . فاذا كان المصاب متجاوزًا هذا السنّ أُضيف الى ما تقدم الدُرْدي المقيّئ من ١٠، ٠ الى ٥٠، ٠ سج

اما في السنة الرابعة او الخامسة من عمرهم فيُمكن وصف الاستحضارات الافيونية الّا انهُ لا بُدَّ للطبيب من الوقوف على استعداد الولد وقبوله لها . منها ما يأتي :

شراب كزبرة البئر شراب الطولو شراب الخشخاش الابيض	من كلٍ	٥٠ جراماً

يمزَج ويؤخذ منه ثلاث او اربع ملاعق في النهـار . وقد يحسن ايضاً في هذا السن اعطاء شراب عصير الخس (لاكتيكارُيم) للدكتور أوبرجيه بمقدار ملعقتين او ثلاث نهارًا

اذا ما ثقل الالتهاب الشعبي واشتدَّت اعراضه فُرِضَ على العليـل لزوم الفراش طفلًا كان او يافعاً

اما الرُّضع فتؤثر فيهم الوسائط الموضعية أكثر من اليافعين . وعليهِ فيجوز استعمال صبغة اليود والاوراق الزانيَّة (فيَّار) او القلنذيَّة . ومماً يُوصف في بعض نواحي فرنسا طلاء صدر العليل بالشحم فقيل انهُ يأتي غاية في النجاح . وقس عليهِ الادوية الموضعية الرطبة كاللبد المعروف بالجلد الاسفنجيّ . ولكن مهما كان الامر من المصرفات الصدرية فلا بدَّ من تغطيتها بالفلانلَّا حفظاً لما قد يفاجئها من التغيرات الطقسية

لا بدَّ من تكميد العضوين الاسفلين إعتاقاً للجهاز التنفسيّ وعليهِ فيلزم لفّ ساقيّ الطفل حتى منشإ الفخذين بالقطن مندوفاً كان او غير مندوف

اما الادوية الباطنة فتقتصر في الرُّضع على استحضارات بسيطة منها :

ماء الزيزفون		٥٠ ج
شراب زهر البرتقان	من كلٍّ	١٥ ج
شراب الطولو		
ماء الغار الكرزي	من كلٍّ	٢ ج
برومور البوتاسيوم		

تمزج ويؤخذ منه ستّ او ثمان ملاعق صغيرة في النهار

حذار من الاستحضارات الافيونية في حديثي السن لان البعض منهم يموتون من نقطتين او ثلاث من اللُّودَنُم



المبحث الرابع

في النزلة الشعبية المزمنة

قد تعقب الالتهابَ الشعبي الحادّ لكنها لا تحول مزمنةً ولا تبدو دفعةً ما لم يكن الشخص مستعدًا لها كالمصابين بالقوباء والنقرس او آفة قلبية او برئية او مفصلية . وهذا الداء يندر في اليافعين بالنسبة الى الشيوخ اذ يكون فيهم متواترًا . ففي أوربا تكون اصابته للرجال اكثر منها للنساء . اما في سورية فيستوي بينهم لمعاودة نسائها استعمال النارجيلة

١١١ التشريح المرضي . يكون الغشاء المخاطيّ على فسحة قليلة الاتساع او كثيرته احمر يختلف لونه بين الورديّ الخالص والكامد الى البنفسجيّ وقد يَبينُ لا لونَ لهُ كنسيج قد ارتشح فيه بموادّ ندبية . وقد يثخن فينقلب شفَّافًا وهشًّا غير مستوي السطح ومحببًا نادر القروح يغشيه مخاط اصفر صديديّ مشرَب الخضرة قليل الغزارة اوكثيرها . اما اذا طال إزمان الالتهاب الشعبي صحبهُ التمدّد الشعبيّ وكثر فيه الاستهواء الرئوي وتمدَّد القلب الأيمن فيقصر صمامهُ الثلاثيُّ عن وظيفتهِ

١١٢ الاعراض . يأتي العليل يستشيرك اما عن علّة بهريّة تعتريه او تواتر سعال يُعييه فيخبرك انه عرضة لنوب سُعالية طويلة وشاقة يكثر حدوثها صباحاً عند النهوض ومساءً بعد الأكل . وان اقلّ حديث واخفّ سير شأنه ان يُهيج فيه النوبة . ومع ذلك فقد يرافق هذا السعال

نفث يكون اما عسر الانفراز او سهله بحسب الظروف . وهذا ما سوَّل تمييز النزلة الشعبية المزمنة بالنظر الى اعراضها الى شكلين وهما : النزلة الرطبة والنزلة اليابسة

النزلة الرطبة . قد يكون السعال فيها دسماً سهلاً وقليل الألم . والنفثُ تارةً خيطيًا كزلال البيض وهي النزلة البلغمية . وأُخرى اجزاءه مبيضة ورغويَّة اكثرها مصفرٌّ مخضرٌّ وغليظ وكرويٌّ ومُنفصل يسبح في سائل اشدّ صفاء او يمتزج بعضهُ ببعض في المبصقة ككتلة مخاطية صديديَّة يتخللها فقاقيع هوائية دقيقة وهي النزلة المخاطية . فاذا اختلف النفث غزارةً وبلغ الاربعمئة او الخمسمئة جراماً في الاربع وعشرين ساعة كانت العلّة سيلاناً شعبيا . وهذا النفث لا رائحة لهُ في العموم ولونه قد يكون وسخًا ضاربًا الى الاحمرار

هذا الشكل لا يصحبهُ في الغالب الّا كرب خفيف في التنفُّس بيد ان له دفعات حادّة تصرف العلّة عمّا تكون عليه من وحدة السياق فتنقلب حمويّة في اثناء المجارين بعد ان تكون من دون حمّى فيأخذ العليل بهرٌ يكون اما متواصلاً واما منقطعاً

النزلة اليابسة . اخص اعراضها البهر الدائم . وقد يتزايد فيهيج نوبًا بهريّة حقيقية تتكرر مدة ايام . فيشتدّ البهرُ حينئذ في بعض الاوقات لا سيما مساءً وفي الليل ويصير التنفس انتصابيًا . فيضطرّ العليل عند ذاك ان يجلس على فراشهِ وذراعاه الى قدام مستعينًا بعضلاته الشهيقية النوبيَّة

فيستطيل فعلها فتتضخم وتحدث نتوءا ثابتاً على الجدران العنقية

السعال يكون متواترًا وشاقًا ونوبيًّا . غير ان العليل ينتهي بعد العناء الكبير والسعال المستطيل بان يدفع اما كتلة كروية مخاطية نصف متجمدة واما قليلًا من سائل لزج لا لون لهُ وعسر الانفصال . فيزرقُّ بعد زمنٍ قليل اوكثير وتبدو الاوزيما في عضويهِ الاسفلَين فيشبه حينئذٍ مَنْ اصابتهُ آفة قلبية وهو حقيقةً مصابٌ بعلةٍ قلبية لان الآفة الشعبية قد اعاقت الدورة الرئوية الشريانية وأثارت تمدد القلب الأيمن فتقصرُ صمامتهُ الثلاثية عن عملها

الاعراض الطبيعية . كثيرًا ما تشترك بالاستهواء الرئوي فيتقبب صدر العليل ويرنّ القرع تارة رنة قانونية واخرى متزايدةً

يفقد اللغط التنفسيّ لدى الاستماع ما كان له وقت الصحة من اللدونة والسلاسة فيصبح قويًا بين قليل الخشونة وكثيرها . فاذا جلست الآفة على القصبة الرئوية والشعب الغلاظ اضطرب التنفس غالبًا في نوعه فقط من دون خراخر . وان امتدّت الى الدقيقة صحبتها خراخر تكون غالبًا يابسة ورنّانة في النزلة اليابسة وهي الخراخر الشخيرية والصفيرية. ورطبةً في النزلة الرطبة وهي خراخر مختلفة الحجم يراد بها الفرقعية الدونية والمخاطية والفقاعية . فهذه الخراخر فرقعية دونيةً كانت او شخيرية فانها تحلّ غالبًا في جهتي الصدر وترتكز على الخصوص في اسفله ومن وراء . وقد تصيب ايضًا الرئة في نواحيها العليا والمتقدمة . وقد تستترّ في بعض المرضى

فتسمع عند كلّ استقصاء وقد تنتقــل في اخرين فتغيب مدةً بعد كل نوبة سعالية

اذا كان الالتهاب الشعبيّ معتدل الامتداد كانت الاعراض العامة قليلة الشدة . لكن اذا أشغل جزءا كبيرًا من الجهــاز الشعبيّ وغزر الافراز الصديديّ فهم العليل ووهنت قواه ثم اخذتهُ حمًّى طفيفة تشتدّ عند المساء . وقد يزداد البهر شيئًا فشيئًا فيحدث الاستهواء في الرئة والتمدُّد في القلب

١١٣ السير والمدة والانتهاء . يتوسَّدُ العليــل نهارًا راحةً لا ينالها ليلًا ومع ذلك فقد يتعاظم السعال صباحًا او مساء . والمصابون بالنزلة اليابسة قد يستيقظون ليــلًا لنوبٍ بهريَّة تعود اليهم في الساعة نفسها . فما خلا هذه التغيرات اليومية فان النزلة المزمنة تهدأُ وقت يصير الجوّ صافيًا وتشتدّ عند ما يكون رطبًا او عصوفًا

اذا ظهرت الاعراض العامة وقد نحل العليل جرّ الالتهاب هذا شيئًا فشيئًا ما كان يسمّيه القدماء بالسلّ المخاطيّ فتبدو الاشتراكات القلبية اليمنى وتنتهي بموت العليل

ان الالتهاب الشعبي المزمن وان تمـكَّنَ فقد تتحسن حاله الّا انهُ لا يُشفى تمامًا البتة

الاشتراكات . اكثر ما يشترك في هذه العلة انما هي النزلة الرئوية . ومن النادر ان يشترك فيها ما احسن وصفهُ الدكتور لاسِك باسم الغنغرينة

الرئوية القابلة البزّ او غنغرينة الانتهاآت الشعبية . فاذا ما وطئت هذه الغنغرينة شعر العليل بقشعريرات وحمّى معتدلة . ثم يكتسب البصاق صفة خصوصية فيصير عفناً رائحته رائحة منقوع جيفي هي أشبه بما يفوح من الغنغرينة الرئوية مع هذا الفرق الرئيسي وهو ان ما ينبعث عن الغنغرينة الرئوية يمكن ان يفسد هواء حجرة بكمالها فيحسّ بهِ عند الدخول اليها . بينما انهُ ينبغي لك ان تدنو من المصاب بالغنغرينة الشعبية وتستنشق احياناً مبصقتهُ لتقف على ما يفوح من نفثهِ من الرائحة . وهذا الاشتراك لا يكون ثقيلًا . فقد يبرأ العليل غالباً عقب علاج يدوم جملة أشهر

١١٤ التشخيص . يكون في العموم سهلًا . فيميزه غالباً الخراخر الشخيرية او الصفيرية المنتشرة في الصدر وثباتها مدةً طويلة . اما اذا عرض ما كان غير مألوف او تنوَّعت الاعراض العامة أمكن وقوع الخطاء في تشخيص العلة

اذا كان النفث عن بحرانٍ وكميتهُ وافرة كان من المستحسن التفحص عن مصدره هل هو ناشيء عن التهاب شعبي او عن بؤرة صديدية رئوية او بلورية او عن عضو آخر قد اشترك في الشعب . وعليهِ فيكون الانفجار الابتدائي دفعةً قبل ان ينفث العليل صديداً . والصديد المنفوث يكون في العموم خثراً يمتزج بالماء ويتجمد بروح النشادر . ويعني التجويف الذي كان يشغلهُ مستقرّ لغط قراقريّ محدود يحتلُّ قسم الصدر المتوسط او الاسفل اذا ما كانت البؤرة رئوية . اما اذا وقع الاشتراك بين الشعب

والبلورا فتظهر اعراض الاستهواء الصدريّ

اذا كان النفث محمرًّا أوهم بوجود نزيف رئويّ . غير ان البصاق يقوّمهُ حينئذٍ دم احمرُ الى اسوداد يكون لزجًا في السكتة الرئويّة ولامعًا ومُزبدًا في النزيف الشعبي . ومع ذلك فان الافرازات المخاطية الدمويّة التي تحدث مدة هذا الالتهاب المزمن تكون متواصلةً جملة ايام متتابعةٍ . ولا يكون لونها ابدًا شديد الاحمرار

وقد يتفق في بعض الالتهابات الحلقومية ان يسعل المرضى قليــلًا فيدفعون بصاقًا غليظًا وغير شفّاف الّا انهُ يسهل تمييزه عن نفث الالتهاب الشعبيّ المُزمن بانتفاء الدلائل السماعية واحمرار موّخر الحلق وازدياد حجم اللهاة وحلمية غور الحلقوم

اما الصعوبة الكبرى في تشخيص الالتهاب الشعبيّ المزمن فيتوقف إشكالها على التمييز بين الالتهاب الشعبي المزمن والالتهاب الشعبي الدرنيّ ذلك اذا ما سعل المريض من مدة وتفل وكان العلاج عاجزًا عن شفائه

اعلم ان السعال في الالتهاب الشعبي المزمن البسيط يكون في البدء رطبًا ويصحبه نفث سهــل مخاطي غير شفاف لونه اصفر الى الخضرة وهو منعزل او ممتزج بكتلة متجانسة يتخلّلهُ الهواء بين القليل والكثير ويطفو فوق سطح الماء ويحتوي على مادّة صديديّة وفضلات بشريّة مخاطية . بينما ان الالتهاب الشعبي الدرَني يكثر فيه السعال اليــابس مدة اسابيع ثم يصير دسمًا فيدفع العليل نفثًا قليلًا غير شفّافٍ الى الخضرة ومستديرًا ينغمس

في الماء ويدخل في قوامه الياف مرنة تنشأ من انحلال الرئة . وقدمكنتنا الاكتشافات الحديثة من تقرير وجود الجسيمات فيه اي جرثومات التدرن

تستمر الحالة العامة في الالتهاب المزمن البسيط جيدة زمانًا طويلًا ويندر النفث الدموي وتكون الحمى خفيفة او منقطعة ويعتدل العرق وقد تبقى شهوة الاكل . اما في الالتهاب الدرني فينحل العليل ويتواتر النزف وتثب الحمى ويحصل قيء واسهال وعرق ليلي . الالتهاب المزمن يتواتر في الشيوخ وتطول مدته والدرني في الشبـاب ويكون اقصر مدة . في المزمن لا يشعر العليـل بألم في صدرهِ الا في الدور الابتداءي فانه يحس بألم يقتصر على ناحية القص واندغامات الحجاب الحاجز . وفي الدرني يندر الألم في ابتداءهِ ويثور في الغالب عند تقدمهِ قليلًا او كثيرًا فيرتكز تحت الترقوتين وفي الكتفين او في فرجتهما او في الاوراب . قد يضعف الصدر قليلًا في المزمن ويبقى شكله على ما كان عليـه بين القليل والكثير . وقد يكتسب شكلًا كرويًا لما يرافق الالتهاب الشعبي المزمن من الاستهواء الرئوي. وتسمع لدى الاستقصاء خراخر شخيرية وصفيرية منتشرة او خراخر فرقعية دونية فقاقيعها مختلفة تدركها خاصة في النواحي الخلفيـة السفلية . اما في الدرني فيضعف الصدر وتضيق دائرته العلياء . ثم تنبعج النواحي التي في اسفل الترقوتين واعلاهما . وعند القرع يكون الصوت اصم في القمة والنفس فيهـا خشنًا والزفير مستطيلًا يصحبـهُ طنين في الصوت خرير . ثم تبدو الخراخر الفرقعيـة الدونية والخاطية واللغط النفخي الشعبي

واخيرًا اللغطـان الكهفيّ والقراقريّ. وقصاراي فان الخراخر متى شغلت الصدر كلهُ او جزءا كبيرًا منهُ اخذت تتناقص من القمة الى القاعدة

١١٥ الانذار. يختلف ثقلهُ بحسب السنّ وشدة الالتهاب وامتداده واحـوال المصاب. اما الاستهواء الرئوي الذي يتواتر فيه وما قد يعقبه من التمدُّد القلبي فما يجعله شديد الوطأة

١١٦ العلاج. اذا ما استدعي طبيبٌ لمصاب بالالتهـاب الشعبي المزمن وكان اول مرة شاهدهُ فليبادر الى تخفيف شدَّة الاعراض بصرف السعال والبهر وتسهيل النفث

اما السعال فنخمده بالاستحضارات الافيونية او اللُّفاحية او الكلورالية بحسب ما يقتضيه التأثير الشخصي. فان كان السعـال ليليًّا كان من المستحسن ان يأخذ المصاب عند النوم حبة من الحبوب الاتية :

خلاصة الافيون المصري	٠،٠٣ سج
عجينة لسان الكلب	٠،٠٥ »

يُمزج ذلك ويعمل حبة واحدة

فان لم يُفد الافيون فعليك بالكلورال اما صرفًا او ممزوجًا باستحضار افيوني. وانا اصف الجرعة الآتية وهي :

شراب النعنع	١٠٠ ج
ماآت الكلورال	٥ »
كلوريدرات المُرفين	٠،٠٣ سج

يمزج ويؤخذ منه ملعقة كبيرة مساء عند النوم وأخرى ليلًا اذا أرق العليل

اما البهر فيلائمهُ الافيون ايضاً اذا ما كان متواصلًا. وكثيرًا ما نجحتُ وصف الشرابين الآتيين :

شراب الإتير	٦٠ ج
شراب الخشخاش الأبيض	٦٠ ج

يؤخذ منها ملعقة كبيرة من وقت الى آخر مدة النهار

اما اذا اشتدَّ البهر نوبًا فيسكَّن بحقنة من المرفين قدرها ١ ٠،٠ . سنتيجرامًا او بشفت دخان طبي كالسيكارات المصنوعة من نباتات مختلفة بالذنجانية الفصيلة تكون اما ممتزجة واما منفردة كاللفاح والبنج والداتوره . وقد يجدرُ بهِ ايضا استعمال سيكارات من القنَّب الهندي

اذا حدث دور البهر ليلًا وفي الساعة نفسها فيمكن اعطاء بروميدرات او فوَّات (فالريانات) الكينين من ٥٠ ،٢. سنتيجرامًا الى جرام واحد

اما بالنظر الى تسهيل النفث الشعبي فينبغي على الطبيب ان يتبين اولا هـل العسر ناشيء عن التصاق البصاق ولزوجته او عن ضعف العضـل الشعبيَّة والزفيريَّة وجمودها . ففي الاول يُستعـان اما بعرق الذهب او بالقرمز المعدني اقراصاً من اربعـة الى عشرة في النهار . واما بالدُرديّ المقيّ بمقدار صغير من سنتيجرام الى اثنين مدة النهار في احدى الجرعات السابقة . وفي الثاني يُقتضى أخذ الأسترِكنين كميةً قليلةً وذلك العضـل الصدريَّة بروخ منبِه

شراب الأسترِكنين	١٢٠ ج

يؤخذ منه اربع او خمس ملاعق صغيرة في اوقات متساوية المدّة في بحر النهار

فعند ما تهبط الاعراض يجب علاج الالتهاب الشعبي نفسه ووصف الادوية التي لا تلبث ان تصل الى سطح الغشاء المخاطيّ الشعبيّ . وطرق استعمالها ثلاثة وهي المعدة والرئة والمستقيم

١ً طريق المعدة . تفيد في العموم الجواهر البلسمية في تخميد الالتهاب الشعبي . فاخصها كبسول البطم والصندل من اربعة الى ستة في النهار والكوباي اما كبسولاً او معجوناً بالكبابة على شكل المعجون الافيوني . وشراب الطولو او القطران ممزوجاً بالماء ومشروباً وقت الأكل . فان لم تنجح هذه الوسائط فعليك باستعمال حمض الجاويك على الصورة الاتية :

حمض الجاويك	٥ ج
خلاصة الخس	ك ك

يُصنع ذلك ٢٥ حبة ويؤخذ منها من حبتين الى خمس حبات في النهار

فاذا لم يتغير التقيّح الشعبي او قلّ ما يتغير بالوسائط السابقة فيلزم استعمال الاستحضارات القطرانية التي تأتي بانقطاعهِ سريعًا . وانا اصفهُ على الصورة الاتية وهي :

كرِيوزُت	٠،٠٥ سج
خلاصة الكنكينا	٠،٠٥ »
معجون الشقرديون	٠،١٠ »

يمزج ويعمل حبة واحدة ثم يؤخذ حبتان او ثلاث في النهار وقت الاكل

٢ طريق الرئة . الغرض منهُ ايصال الادوية الموضعية رأساً الى الشعب . ومدارها على استنشاق ابخرة مختلفة . منها نسيم يتخلله قليل او كثير من بخار القطران او الحمض الصعتريك . ويتم ذلك بوضع اوعية في غرفة المريض تحتوي على هذه المواد . ومنها بخار يتصاعد عن آلة بخارية يدخل في قوامهِ اركان فعَّالة كمحلول فينيكي بمعدل ٢ بالمئة . فان كان النفث نتناً فعليهِ باستنشاق بخار جاوات الصودا بمعدل ٥ او ١٠ بالمئة

٣ طريق المستقيم . قد حمل منذ عهدٍ الاطباء برجون احدُ اساتذة كلية ليون على ان يدخلوا في علاج الالتهابات الشعبية المزمنة بعض غازات ينضحونها بالمستقيم فيمتصها سريعاً غشاؤه المخاطي فتنفذ الدورة ثم تخرج من المسالك الرئوية وقت الزفير . فاخصُّ المواد المستعملة الحمض الكربونيكي الذي بعد ان يُخاض في قنينة مفعمة من محلول طبي كالهيدروجين المكبرت وما اشبهُ يحقن بهِ المستقيم بآلةٍ خصوصية . واظن اني اول من استعملها في سوريَّة

لايخفى ان كثيراً من هذه الالتهابات الشعبية المزمنة لاتؤثر فيها هذه العقاقير العامة فلا تبرأ . فيترتب وقتئذٍ على الطبيب ان يتبحث جيداً عن طبيعة الداء ليتمكن من فرض علاج يكون موافقاً له. فان كان الالتهاب الشعبي عن داء الخنازير فيلائم العليل ما عدا العلاج المار ذكره

زيت السمك او الشراب المضاد للحفر او شراب الفجل البرّي اليوديّ وغيرها .
وقـد يستفيد وتتحسن احواله اذا تمكّن من قضاء احد الفصول في بوربول

اما اذا اصاب الالتهاب الشعبي المحدورين والقوبائيين فيلزم استعمال الاستحضارات الزرنيخية او ثاني كربونات الصودا . ومن النافع جدًّا قضاء فصلٍ او اكثر في رويًا او مُندُر

اما اذا تأتى عن داء النقرس فينبغي استعمال القلويّات ثم حمل العليل على السفر الى فيشّي . وان عن آفة قلبيـة فقد يمكن تخفيفه بالقهوين وكفّ الثعلب

المبحث الخامس
في الالتهاب الشعبي الشعري

هو التهاب حادّ يعتري الانتهاآت الشعبية . وقد اصبحت اعراضه معروفة غير ان تشريحه المرضي لا يزال مجهولاً لمشاركتهِ المتواترة للالتهاب الشعبي الرئوي

١١٧ الاسباب . توشك ان تكون نفس الاسبـاب التي تُثير الالتهاب الشعبي الرئوي الذي كثيرًا ما يليهِ الشعريّ . فهو يصيب الصبيان واليافعين والشيوخ غير ان اصابته لليافعين اقلّ منهـا للآخرين . فيخلف في الصبيان الشهقة والحصبة وفي الشيوخ الالتهاب الشعبيّ العـادي حادًّا كان او مزمنًا . اما في اليافعين فيكون في العموم نتيجة التهـاب شعبي

عادي منتشر . ومن اسبابهِ ايضاً الاستهواء الرئوي وتشوهات الصدر او اضطراباتهُ. ومنهم من ضمَّ اليها التأثيرات الوبائية

١١٨ التشريح المرضي . يكون الغشاء الخاطيُّ الشعبيُّ محتقناً احمر واحياناً ثخيناً وخشناً . ذهب كثيرٌ من الاطباء منهم الدكتوران ريليه وبرتز الى تمدد حاد يعتري الشعبات الملتهبة الّا انهُ يكون نادراً جداً على ما ذهب اليهِ لجندر وبايي . وقد ذكر الدكتور فورقل بعض تقرحات صغيرة في الشعيبات التي تكون مفعمة من الافراز الخاطيّ الصديدي

من الآفات التي ينبغي عزوها الى الخناق الذي تُحدثهُ هذه العلة : امتداد التجويفين القلبيين الايمنين واحتقانهما بدم سائل واسود. وفعومة الاوردة المجاورة للقلب دماً اسود ايضاً .وتهيج الكبد والطحال وظهور المخ منقطاً بالدم عند قطعهِ

١١٩ اعراضهُ . دور الابتداء . يبتدئ هذا الداء على اشكال فتارةً يبدو باعراض التهاب شعبي عادي شديد ينتشر شيئاً فشيئاً فتثب الحمى قليلة او كثيرة حدتها ويحصل وضمة في الجسم وانحراف في المزاج فيقهم العليل ويضيق نفسه ويتواتر سعالهُ جافاً نوبيّاً ويصحبهُ ألم في القصّ. واذا استقصيت الصدر سمعت خراخرِ اهتزازيّة ومنبتّة فيهِ كله. وطوراً يبدأ على شكل يختص بهِ فينكسر العليل ويحترّ بدنهُ ويضيق نفَسهُ ضيقاً سريعاً فيصير سعالهُ عسراً وممزقاً . ثم تثور الاعراض ويتخذ المبتلَى هيئة خصوصية

دور الوقوف . ا طور البهر . ان المتسلط في هذا الطور انما هو الضيق المتزايد الذي يفضي بالعليل سريعاً الى الخناق فيضطرب ويقلق . فان كان صبياً فلا يزال متحركاً في سريره فيحمرّ وجههُ اولاً ثم ياخذ لوناً كامداً يستبينه ما لشفتيهِ من الاحتقان البنفسجي . فتظهر كدَم على وجنتيهِ ويتمدَّد منخراه . فلا يمكنه الاضطجاع فيجلس وجسده منحنٍ الى قدام وراسهُ مسنَد الى يديه . فيتعاظم البهر وتُسرع الحركات الشهيقية قصيرة قويّة فتبلغ في الاولاد الثمانين ونيفاً في الدقيقة . وقد يصحب هذه الحركات التشنجية خرخرة قصبية تتناقص بالنفث

يكون الصوت طبيعياً اما الكلام فارتجاجياً ولاهثاً . والسعال شاقاً ونوبَياً . والنفث عسراً مخاطيًّا غليظاً لزجاً لا يتخللهُ الهواء ويسبح في رغوة تكون في الغالب مخلطة دماً الّا انهُ يكون مفقوداً في الاطفال . والحمّى محرقةً والجلد حاراً والعطش متزايداً والنبض مختلفاً ما بين ١٠٠و١٢٠ في اليافع و١٢٠ و١٨٠ في الصبي . وقد يعتري الاطفال في العموم هذيان او اقلَّهُ شبه هذيان

ب . طور الخناق . يصادم العليل حلول الخناق ولا ينتفع اذ لا يلبث ان يستظهر عليهِ فيضعف السعال ولا يدفع الّا مخاطاً نادراً . ثم يسرع التنفس متزايداً ويصير ازيزياً ويكثر احتقان الوجه فتبدو فيهِ الكدَم وتتغيَّر السحنة فيقلق المريض مضطرباً فيطرح بنفسه خارج سريره لا يمكنهُ ان يتحمَّل غطاءً . ويظلم ادراكه فيهذي ويفقد الحسّ بما يكتنفهُ من الاشياء ويضعف

نبضهُ ويكسو جلده عرَق بارد • وتحتقن عيناه وتلتئم الكدَم تحت الملتحمة فيخيَّـل اليهِ ان قد قرب اجله • فيقع على فراشهِ عياً آيساً صامتاً يعتورهُ بعض نوب سعالية تاخذ بالتناقص الى ان يدركه الموت

اما الاعراض السماعية فهي: رنين قانوني او متزايد في الصدر كله . ولدى الاستقصاء خراخر في بادىء الامر صفيريَّة منتشرة وفيما بعد رطبة فرقعية دونية دقيقة تجانس في الغالب الفرقعية الحقيقية ولا تختلف عنها الا بكونها عامة ويمكن سماعها في زمني التنفس • وهي تحجب الخرير الحوصلي وتشغل خاصةً القسم الصدري الخلـفي ممتزجة غالباً عند مساواة الشعب الغـلاظ بخراخر فرقعية دونية فقاقيعها اكبر حجماً • فيمكن والحالة هذه الشعور بالخراخر عند الجسّ

لا وجود للغـط النفخي الشعبي الحقيقي • وعليـهِ فلا بد من التحرُّز لاسيما في الصبيان من الالغاط النفخية الكاذبة التي تكثر عند جذول الشعب في الحفرة التي تحت عين الكتف من كل جهة

اذا مال الداء الى الشفاء كان البهر ولو شديدًا لا يؤدّي الى الخنـاق والزرقة • فيسهل النفث ويدوم السعال ويُفرَز البصاق المخاطي الصديدي فتزداد زبديتهُ • وقد يعرق العليل عرقاً غزيرًا فيتحوَّل جلده من الجاف الى الرطب • فينخفض نبضهُ وتهبط حرارتهُ فيشعر بسكَن عظيم يرتاح لهُ بعض الساعات • اما عند الاستقصاء فتكون الخراخر اكثر عددًا واقل انتشارًا ولا تزال متعددة الّا انها أرطب تشترك في نفَس خشن لكنهُ كامل في بعض

الاجزاء لاسيما في ناحية القمة . اما الخراخر الالتهابية فتستقرُّ في الاجزاء السفلى وحينئذٍ تتغير الحال فتسقط الحمّى وترجع شهوة الأكل وتزول الاعراض الثقيلة . اما الاعراض الالتهابية الشعبية فقد تبقى زمناً طويلاً بعد ذلك

١٢٠ السير والمدة والانتهاء . قد عرفت ان نشأة هذه العلة تكون متغيرة انما مُميزها الخاص هو البهر المتزايد الذي قد يؤول بالعليل الى الخناق . ويتفق ان تبلغ هذا الطور في مدة يومين او ثلاثة فتدعى حينئذٍ بالنزلة الخانقة . اما في العموم فلها دَوْران متمايزان وهما دور البهر ودور الخناق . واما مدتها فهي بين ستة او ثمانية ايام . ومن المريب انها تتحوَّل الى الإزمان

١٢١ التشخيص . يمتاز الالتهاب الشعبي البسيط عن الشعري بخفة بهره وغلظ خراخره . بينما انهُ اذا ما بدأ عن اصابة الاستهواء الرئوي تعاظم البهر وعادل شدةً واحدةً ما يكون منهُ في الالتهاب الشعري . فيؤخذ التشخيص حينئذٍ اما عن سوابق العليل الذي يخبر انهُ لا يزال قصير النفَس من زمان مديد واما عن الاستقصاء الصدري الذي يمكّن من تقرير الالتهاب البسيط فضلاً عمّا يشير اليه من الظواهر الاستهوائية كالشهيق الرشفي والزفير المستطيل

يصعب التشخيص ايضاً اذا ما صحب الالتهاب البسيط ذاتُ الجنب الجافّة . فان بُهرها اذا ما أُضيف الى الالتهاب الشعري استمال الوهم اليهِ

واوقع الخلط عند الاستماع بين الاحتكاكات البلورية الجافة والخراخر الدقيقة التي ترافق الالتهاب الشعري غير ان مثل هذه الاشتراكات يكون نادرًا . وعلاوة على ذلك فان العلة لايكون سيرها سير الآفة الشعرية . والخراخر الدقيقة تكون منتشرة في الالتهاب الشعري بخلاف الاحتكاكات البلورية اليابسة التي تلتبس بها فانها تكون مرتكزة في احدى جهتي الصدر في الالتهاب الشعبي البسيط المشارك ذات الجنب الجاف

ذات الرئة والالتهاب الشعبي الرئوي قد يتشابهان بالالتهاب الشعبي الشعري في اعراضهما العامة غير انهما يبديان عند الاستماع لغطًا نفخيًا لاوجود له في العلة الشعبية وحدها

التهيجات الرئوية التي تصحب الحميات الثقيلة والامراض القابية لاتأتي ببهرٍ شديد الّا عندما تكون منتشرة فتصيب الاجزاء السفلى . وهي تمتاز بقلة الصمم وضعف الخرير الحوصلي وندرة الخراخر الاهتزازية

الاوزيما الرئوية وان كانت شديدة البهر لاتختلط بالالتهاب الشعري فضلًا عن كونها غير حموية والطبيب في العموم لاينذهل عن الوقوف على العلة المهيجة لها

ان الداء الذي يمكن خلطهُ في الغالب بالالتهاب الشعبي الشعري انما هو السلّ الحادّ الخانق . فان الصدر يكون في الشعريّ مفعمًا خراخر دقيقة تدل على البهر . بينما ان الاستماع في السلّ يكاد يكون سابيًا او يعرب في نقط مختلفة عن بعض خراخر شخيرية وصفيرية . ومن النادر ان

تسمع في القمّة بعض خراخر رطبة متباينة الحجم

١٢٢ الانذار . ثقيل جدًّا لا سيما في الاطفال . وهي علة أشدّ من الالتهاب الرئوي . اما العلامات التي تدلّ على انتهاء المرض بالموت فصعوبة النفث وتعاظم السرعة في حركات النفَس وضربات القلب. ثم ان الالتهابات الشعبية اليابسة التي يرافقها منذ البداية اضطراب كبير وحمّى عظيمة توهم بان تكون توطئة لالتهاب شعبي رئوي من المرجح انتهاؤه بالموت

١٢٣ العلاج . ينبغي ان يكون العلاج قويًّا. فيعطي في بادئ الامر مقيئًا ثم جرعات كحولية من خلاصة الكنكينا اما صرفًا واما ممزوجة بالدُردي المقيئ بحسبما توذن بهِ قوى العليل

يوصف ايضًا المحاجم اليابسة والحرّاقات الطيارة والدّلك بزيت حب الملوك . وفي اثناء النوبة الخناقية الضمادات الخردلية والابازين الحارّة والمخردلة . ومن المفيد ايضًا في بعض الظروف لفّ العليل بمحفة مرطبة



المبحث السادس

في الالتهاب الشعبي الرئوي

مرادفاته . الالتهاب الرئوي الفُصيصي والالتهاب الفصي الكاذب وذات الرئة النزلية

١٢٤ الاسباب. الالتهاب الشعبي الرئوي يكون اما أوليا واما ثنويًّا.

فالاولي يتأتى في الغالب عن البرودة والثنوي يخلف الزكام والذبحة الكاذبة والالتهاب القصبي الشعبي . ويكون اما عقب وباء واما في اثنائه فمن الامراض العامة الحصبة وهي من اخص اسبابه والشهقة والحمى التزليـة والتيفودية والذبحة الغشائية . وقد يتولد ايضاً عن انهزالات وامراض مزمنة اخصها الكساح والالتهاب المعوي المزمن

يكثر حدوثه في الصبيان من الثانية الى الخامسة من عمرهم . وفي الشيوخ في فصل الربيع

١٢٥ التشريح المرضي ١ .الافات الرئوية . ا . الانسداد الرئوي . يُشاهد على سطح الرئة بقع حمراء مركزها على الخصوص القاعدة . فتارةً تحدث نتوءا طفيفاً سطحياً واخرى تبين منغمسة لما يجاورها من الاستهواء الرئوي . فان جسستها وجدتهـا اغلظ من سائر اجزاء الرئة . وان قطعتها الفيتها قليلة الغور. وجوهر الرئة المصاب بكماله الذي يبدو املس وغير محبب كما في ذات الرئة الفصية يكون اثقل مما هو عليه في الحالة الصحية واقل منهُ فرقعةً وهشاشةً . فان غمزتهُ بالاصابع تقطرت عنهُ مصالةٌ رغوية مدماة. بينما ان الشعيبات الفُلطى يخرج منها نقيطات صديدية . اما الرئة فـلا تزال محتوية كميـة من الهواء ولا تنغمس في قعر الماء

ب . تصلب الرئة . اذا ارتفعت درجة الالتهـاب زادت البقع صلابةً وامسى السائل المصليّ المدمى الذي يسيل منها عند القطع والغمز اشدّ غلاظة غير مُزبد وجوهرُ الرئة المتجمد غير محتوٍ على الهواء . وعليـهِ

فيهبط في قعر الماء ما يقطع من الاجزاء المصابة

ت . التقيّح . تُشاهد في اغلب الاوقات على سطح الرئة حُلَيات او نُتيئات فصيصية حجمها حجم حبة القنّب او البسيلة ولونها في النادر متساوٍ لاختلاف درجة الآفة فيها فمنها ما يكون متقيحًا ومنها متكبدًا فقط . فان غزر التقيح فنيت عناصر النسيج الرئوي وباتت غير معروفة . وعند القطع لا يُشاهد الّا الشعب المتوسطة القطر منفتحة تملاها مادة صديدية . فهذه هي الافات الرئوية

٢ الآفات الشعبية . قد تقدم ذكرها في الالتهاب الشعبي الشعري فلا حاجة الى الاعادة

قد يحدث ايضًا في الرئة المصابة استهواء رئوي قليلة او كثيرة شدته وتهيج مفرط قد يبلغ السكتة الفصيصية

قد تصاب ايضًا بعض اجزاء الرئة بما يسمى بالتطحل او الحالة الجنينية حيث تكون الرئة شبيهة برئة مولود لم يتنفس بعد

ان ذات الجنب لنادرة واما احتقان العقد القصبية الشعبية فبخلافه

١٢٦ الاعراض . انّا نقتصر على وصف الالتهاب الشعبي الرئوي الذي يختص بالاطفال

١ الدور المنذر . اذا خلف رأسًا الالتهابُ الشعبي الرئويّ الالتهابَ الشعبي الشعري الناشئ عن البرودة لم يزده انتشارًا ما يطرأ على الوظائف من الاضطراب المتعاظم . فالاستقصاء وحدهُ يمكن حينئذٍ من استماع لغط

نفخيٌّ لم يكن له وجود في الامس . اما اذا كانت العلة الاولى حمًّى مشتركة في عنصرٍ شعبي كالحصبة والشهقة والحمّى النزلية او التهاباً شعبياً رئوياً رأيت ازدياداً عظيماً في بهر العلة المولدة وارتفاعاً بيّناً في حرارتها

قد يتفق ان يكون الالتهاب الشعبي الرئوي اولياً فيأتي بتقلصات عامة لا يمكن تفسيرها الّا بعد ٢٤ او ٣٦ او ٤٨ ساعة وذلك عند الاستقصاء الصدري . والمحص ان الاستماع انما يمكّن من الوقوف على العلة الشعبية الرئوية ونشأتها

٢ً دور الوقوف . (الالتهاب الشعبي الرئوي الحادّ) لهذه العلة ثلاثة طروز :

١ً الطرز المتوسط . وهو العام وله اطوار .

الطور الاول . مهما كان الامر من المنذر فعلاماته : اصابة الولد بحمّى يصحبها نبضان يضرب من ١٢٠ الى ١٥٠ في الدقيقة . وجفاف الجلد قليلًا وحرارة إبطية قد تبلغ بسرعة ٣٩ ٥/١٠ او ٤٠ ٥/١٠ درجة . وسعال متواتر وقصير تارةً يكون عسراً ورطباً وأخرى نوبياً مؤلماً امام القصّ وفي نواحي اندغامات الحجاب الحاجز من غير نفث مميز له ولو تمكن الطفل من النفث . فان بصاقه يكون مخاطياً قليلة او كثيرة غلاظته ولا صدائياً كما في ذات الرئة الفصية . اما البهر فيكون كبيراً والتنفس بطنياً

يكون الرنين قانونياً في اليومين او الثلاثة الايام الأولى . اما عند وجود الاستهواء الرئوي فقد يكون في الاجزاء المتهيجة طبلياً أجوَف او

طبلياً صرفاً . ومن النادر حدوث الصمم الخفيف في القاعدة حينما تلتئم فيها الفصيصات المحتقنة والقليلة التصلب

عند الاستقصاء يسمع في ناحية الصدر السفلية الخلفية خراخر فرقعية دونية متوسطة ودقيقة يتخللها دفع من الخراخر الفرقعية في اثناء الحركات الشهيقية القوية التي تلي السعال . فتتصعد هذه الخراخر قليلًا او كثيراً في الايام التالية ولا تتصل الى القمة والاجزاء القدامية الّا في آخر المرض . ثم يبدو اللغط النفخي الشعبي خفيفاً في بادئ الامر ومرتكزاً في بينونة الكتفين . فاذا ما اختلط وقت نفضات السعال بخراخر فرقعية دونية تكون اكثر مما هي عليه في التنفس العادي دلّ صريحاً على تصلب الرئة ومشاركة الالتهاب الشعبي . وبدأ في الجزء المصاب صوت شعبي خفيف

قد يكون الطفل حزيناً منتهكاً ناعساً وجهه منتفخ واحمر وردي ووجنتاه وشفتاه وارمة وعيناه جاحظتان وبياضهما قليل الاحتقان او كثيره

الطور الثاني . علاماته : اشتداد الاعراض الوظيفية مدة يومين او ثلاثة او بقاؤها على حالها . وهبوط الحرارة عما تكون عليه في الالتهاب الرئوي الفصي . ونداوة الجلد عرقاً ونوسان الميزان الزئبقي بين ٣٩ و ٤٠ درجة . وقصر النفس وصدور الزفير دفعات صغيرة واسراع النبض أصغر مما يكون في الايام الاولى وكمدة اللون . وتبدل البقع الحمراء الوجنية التي تشاهد

في الطور الاول وكمدة اللون بازرقاقٍ في الوجنتين والشفتين واللثة . وقصاراي فان في ذلك جميعه بداية تأكسد غير كامل . فيتعاظم الضعف وتنحل القوى فيمسي الطفل ناعساً لا يستيقظ الّا مضطرباً صارخاً ينحّي ما عليهِ من الاغطية مظلماً وقاهماً ومائلًا الى الاسهال لا سيما اذا وليَ هذا الالتهابُ الحصبة

الاستماع يشفّ عن خراخر فرقعية دونية خفيفة او شديدة الدقة منتشرة من وراء ومن اسفل وعلى الجانبين حتى من قدام في النقط المقابلة للسينات الرئوية . وعن لغط اسطواني في القاعدتين واحياناً في جهة واحدة الّا انهُ يكون اشدّ لاسيما في الجذور الرئويّة على مساواة الحفرتين الشوكيتين التحتيتين ويبدأُ فيهما عند تعاظم الحركات الزفيريّة . وعن صممٍ خفيف على سطح النقط اللغطية . وصوتٍ شعبي اخفّ مما هو في ذات الرئة الفصية

من المميزات المهمة لهذه الدلائل السماعية الشعور بها من الجنبين وتباينها وحراكها وعدم ثباتها . فان تقطّع سير هذه العلة وعدم انتظامه ينبئان بما يطرأُ على الحمّى من النوب والفترات

يبلغ الالتهاب الشعبي الرئوي أَوْجَه من اليوم الخامس الى الثامن فيمسي الانذار والحالة هذه ثقيلًا جدًّا . وقد يتفق ان يبرأ ولو اتصل الى هذا الطور فيقف يوماً او اثنين وتسكن الاعراض

ليس لهبوط الحرارة من السرعة ما يكون له في الالتهاب الرئوي الفصي . فاذا ما تأيّد الهبوط ازدادت الحمّى قليلًا في الايام التالية . غير

ان السحنة التي هي من اهمّ الدلائل الانذاريّة تكون في العموم ساكنة واقل كمدة فيتبسَّم الولد ويطلب الاكل

اما الظواهر السماعية فلا تسرع في تناقصها نظير الاعراض العامة او الموضعية الوظيفية كالسعال والبهر . على ان العليل ولو نقه فلا يزال يبدي عند الاستماع لغطاً نفخياً خفيفاً زفيرياً في بينونة الكتفين وخراخرَ فرقعية دونية تستمرّ طويلاً في قاعدة الرئتين . ثم تزول هذه الاعراض جميعها فيشفى المريض تماماً

الطور الثالث . يندر الشفاء في الطرز المتوسط . فاذا ما كان الانتهاء بالموت اشتدت الاعراض سريعاً وتشابه هذا الطرز بالثقيل الذي سيأتي الكلام فيهِ

٢ً الطرز الخفيف . وهو الشكل النادر المحمود . تنخفض الاعراض الابتدائية عمّا تكون في المتوسط فتهبط الحرارة مترددة بين ٣٨ و ٣٩ درجة . ويتحسن النبض ضارباً من ١٢٠ الى ١٤٠ ويقلّ السعال ويتسهل ويبطأ التنفس ويخمد اضطراب الوظائف

يشير الاستماع الى خراخر رطبة منتشرة في الجهتين لاسيما في القاعدة ولغطٍ شعبي في نقطة او نقطتين من الصدر سيما في فَرْجَة الكتفين . وهذا الشكل الذي يدوم من ٨ ايام الى ١٢ يوماً ينتهي في الغالب بالشفاء

٣ً الطرز الثقيل . وهو الشكل الخبيث . تثور الحمّى فيهِ سريعاً ولا يسبقها نافض ابتدائي نظير ذات الرئة الفصيّ . فيبلغ النبض ١٥٠ حتى

٢٠٠ ونيف في الدقيقة والحرارة ٤٠° لا بل ٤١ ½ درجة . وتجف البشرة ويشتد العطش . ويتزايد البهر فيتنفس العليل من ٦٠ الى ١٠٠ في الدقيقة وزيادة . وتضطرب حركاته التنفسية ويشتد صخبها فتسمع عن بُعدٍ . وقد يرافق الزفير لغطٌ زماري جافّ وأصمّ يُشبه سعالاً ضعيفاً يُوشك ان ينقطع .

اما الدلائل السماعية فهي: صممٌ في قاعدة الصدر بين القليل والكثير اخفّ مماً هو عليهِ في ذات الجنب وذات الرئة القصيّ . وخراخر رطبة تفعم الصدر وتتعدد في قاعدتهِ فتظهر في زمني التنفس بيدَ انها تسود في الشهيق . وقد يصحب نفضات السعال بعضُ خراخر فرقعية دونية ادقّ ثم يبدو اللغط الشعبي في النواحي المصابة

لا يلبث الطفل ان يُمسي تارةً واهناً ثابتاً مستلقٍ هيئتهُ حزينة تجرّ الكآبة وهو سقيم ناعس يَئنّ عندما يتنفس ولا يستيقظ من سباته الّا ليسعل او يبكي من غير ان يدمع . وأُخرى تضطرب هيئتهُ ويتهيج وجههُ وتتبقّع وجنتاه بقعاً حمراء فتراه قلقاً يتحرّك على فراشه ويدفع غطاءهُ فيمدد ساقيهِ وذراعيهِ يمنةً ويسرةً وينتصب جالساً على سريره . وقد تحملهُ القطرة على ان يرتكز ارتكازاً يظهر مستحيلاً فيتشبث بما يحيط بهِ من الامتعة ورأسهُ اوطأُ من طرف جذلهِ السفلي الى غير ذلك من الاحوال الشاقة . فما خلا هذه الاضطرابات الثقيلة التي تطرأ على التنفس والتأكسد لا يشاهد في بدء الالتهاب الشعبي الرئوي لا الاعراض العصبية كالتقلّصات والهذيان ولا التقيّئات المخاطية او

الصفراويّة التي تكون في الغالب من الاعراض الاوّليــة التي تدل على الالتهاب الرئوي الفصيّ في الاولاد

ان مدة هـذا الطرز تكون في اكثر الحوادث من يومين الى خمسة ايام . فيموت العليل غالبًا بخناق متزايد قبل ظهور التقيّح . وقد تحول العلة مزمنة كما في الطرز المتوسط فتؤول الى النهاية نفسها بعد اسبوعين او ستة اسابيع



فصلٌ

في الالتهاب الشعبي الرئوي المزمن

هذا الداء كثير الحدوث في الصبيان نادر في الشيوخ واستثنائي في اليافعين . وهــو يخلف خاصةً الالتهابات الشعبية الرئويّة في الحصبة والشهقة فتتنوع قليــلًا اعراضها فتهبط الحــرارة بين ٣٨° و ٣٩° درجة . وينخفض النبض مترددًا بين ١٤٠ و ١٥٠ في الدقيقة ذلك في النوب المسائية . والحاصل ان الحمّى تمسي دقيَّة واللون كامـدًا او مصفرًّا يشفُّ عن ازرقاق هــو دليل الخناق . وتقاطيع الوجه سقيمة مسحوبة والعينــان ذابلتين غائرتين والهيئة دالّة على خمود الهمّة وانحراف المزاج . فتنحطّ قوى العليل الطبيعية والادبية فيبيت بليدًا صامتًا لا يطلب النهوض ولا الاكل

الّا انهُ لم يزل عطشاناً . ثم انهُ لشدة ضعفهِ يجلس منحنياً من غير حراك

اذا فاجأَت العليل نوبةٌ سعالية في الالتهاب الشعبي الرئوي الشهقي أَيقظتهُ بغتةً من رقاده وجموده . فيجهد في ان ينتصب على سريره او فراشه كانهُ يطلب الفرار من خناق ينذر بهِ سعال ارتجاجيّ قصير غير كامل عاجز عن قذف ما في الشعب من المواد المخاطية ثم يسقط المبتلَى لاهثاً واهناً عرقان . فيعظم الانحطاط وترقُّ الاطراف وتنحل فتبين مستطيلة . ويظهر وجههُ وجه شيخ صغير وجلده رخواً متغضِّناً وكامداً . ثم يعتريه اسهال وعرَق مضعف فتهبط الحرارة ويبرد العليل عن الحؤُور وعدم تأَكسد الدم

اما الاعراض السماعية التي تكون في الدور الحادّ فتبقى راسخة الّا الخراخر الفرقعية والفرقعية الدونية ذات الفقاقيع الصغيرة فانها تتوارى . ثم ان ما يطرأُ على الشعبات من التمدد يزيد اللغط النفخي ويثير في غضونه خراخر غليظة مخاطية ناشئة عن تكوّن شبه فقاقيع ثقيلة يعسر تصعّدها . وقد يُسمع في بعض النقَط الصدريَّة لغط قراقريّ حقيقي

اما الاعراض العامة التي ترافق حمى الدقّ فتعرب عن التقيُّح . والاستقصائية تدل في الغالب على مركزه كما يؤيد ذلك الاكتشاف التشريحيّ

الاشتراكات . هي كثيرة . فمنها التقلصات التي تندر في البداية وتتواتر في النهاية فتدل في العموم دلالة سيئة . ومنها ما يصيب خاصةً الجهاز التنفسي كخراجات الرئة وغنغرينتها وتدرنها واستهوائها الزائد وذات الجنب الذي قد يتقيح

١٢٧ التشخيص . ان اهمَّ شيء ينبغي الوقوف عليهِ اولًا هو العلة في ابتدائها لاسيما في مدة سيرها كلهِ . فان الالتهابات الشعبيــة الرئويَّة في المهزولين والحمَّويين وسقيمي البنية تكون بليدة وردُّ فعلها واهن يتعــذر ادراكهُ . وعليهِ فيترتب على الطبيب ان يصغي متيقظاً ويكرّر الاستقصاء تجنباً للخطاء

ثانياً . اذا اتفق وبدت في الصبي الاعراض المذكورة آنفًا كان على المشاهــد ان يتنبه لئلا يخلط الالتهاب هذا بعلة اخرى قد تتقوَّم بالدلائل نفسها . فان بدت الحمَّى محرقة يصحبها تشويش وضعف وانحطاط وسباتٌ خفيف فقد ينخدع ويخلط هذه الحالة العامة بحمَّى تيفودية . بينما ان الحمَّى التيفودية ليست البتة نتيجة مرض آخر كالالتهاب الشعبي الرئوي . والاعراض السماعية تبدو فيها بعد الاسبوع الاول وفي الالتهــاب الرئوي الشعبي منذ نشأتهِ

قد تستوي الشدة بين الالتهاب الشعبي الشعري والالتهـابات الشعبية الرئويَّة الثقيلة غير ان الاستماع لا يشفُّ عن ادنى لغط فيهِ

ذات الرئة الفصية تكون في الغالب من جهة واحدة وهي ولو اصابت الجهتين تبدأ باحديهما وتستمرُّ فيهـا اشدَّ وطأةً . وعند الاستقصاء لا يُسمع في دورها الاول ما قد يُدرَك راسخًا في ذات الرئة الفُصيصية من الخراخر الغليظة الشعبية . وفضلًا عن كونها نادرة في الاطفال فان الفصيصية بالنسبة اليها متواترة فيهم

قد يستحيل في الالتهـاب الشعبي الرئوي الوقوف على زمان تكوّن التدرُّن الذي يليه كما انهُ قد يعسر ايضاً التمييز بين ان تكون الحمَّى الدقيَة متأتية عن التدرُّن او غير متأتية عنهُ

١٢٨ الانذار . يتغيَّر الانذار بالنظر الى اسبـاب المرض واعراضه وطبيعته وعمر العليل وهلمَّ جرًّا

١ً بالنظر الى الاسباب . ان الالتهـاب الشعبي الرئوي الناشيء عن البرودة يكون في العموم قاتلًا . اما الذي ينتج عن الحصبة فمحمد عاقبتهُ والذي يشترك في الحمَّى الترلية يكون اثقل ممَّا يرافق الحصبة الخبيثة او الذبحـة الغشائية . واعلم ان التأثير الوبائي لهُ اهمية كبرى في بعض الاوبئة الحصبيـة يموت اكثر الاولاد المصابين عقب التهـاب شعبي رئوي

٢ً بالنظر الى الاعراض . قد يكون لبعض الاعراض قوَّةٌ عظيمة في الانذار : فمنها الحرارة المفرطة التي تبلغ ٤٠ْ و ٤١ْ في الدقيقة مدة ايام متوالية . ومنها البهر العظيم الذي تصل تصعداتهُ الى ٨٠ او ١٠٠ في الدقيقة . ومنها ايضاً النَبضان الذي يتردد بين ١٦٠ و ١٨٠ ضربة في كل دقيقة . فكل ذلك يكون دليلًا ثقيلًا وسيّئ الانذار

٣ً بالنظر الى زمان الهجوم . يتغيَّر الانذار بمقتضى وقوع الالتهـاب الشعبي الرئوي في سير العـلة المولدة او في نقهها . فان كانت العلة المولدة قانونيَة وقليلة الشدة انتهى غالبًا الالتهاب الذي يتخللهـا انتهاءً محمودًا .

وان حدث الالتهاب في آخر العلة العامة وكان الصبي نحيفًا يحتاج الى قواه الحيوية لينقه جيدًا كان انتهاؤه في الغالب سيئًا

٤ بالنظر الى عمر العليل . كلما كان الصبي حديث السن تقل الالتهاب الشعبي الرئوي . فمن السنة الاولى الى الثالثة يموت فيهِ اكثر من ثلاثة ارباع المصابين. ومن الثالثة الى السادسة قد يبرأ فيهِ نصفهم. وما فوق السادسة لايموت فيهِ الّا زهاء السدس فقط

١٢٩ العلاج . افرض على العليل قبل كل شيء ان يلزم الفراش. فان كان طفلًا لايتجاوز السنتين فعلى اهله ان يتيقظوا عليهِ اذ لا يلبث طويلًا من غير حراك

قال العلامة جول سيمون : اذا كان الطفل شديد الحراك كان من الأجود ان يُصنع كيس من صوف ويوضع العليل فيهِ محفوفًا بالاغطية وساقاه مدرجتان بالقطن ايضًا. فيمكن والحالة هذه انهاضهُ واجلاسهُ عموديًا وقبولهُ على الركبتينِ من غير ان يتبرد فان ذلك لاجدر بهِ من الاستلقاء . اما اذا كان متجاوزًا السنتين فعليهِ ان يلزم الفراش ورأسهُ وجذعهُ مرتفعان بوسادات . فان لم يزل الالتهاب في بدايتهِ فصف مقيّئًا فقط فان العلامة جول سيمون ذا الخبرة الكبيرة واليد الطولى في هذا الفنّ لايأذن في غيره. على انهُ اذا تكررت المقيّئات زادت في الغالب البهر والانحطاط العام. ولا تصف القرمز ولا استحضارات اخرى اثمدية فان من شأنها ان توهن القوى . اما ما ينجع في الالتهاب الشعبي العادي من الاستحضارات

الافيونية كالكودايين والمرفين واللُّفاح والبيش فينبغي نبذه في الالتهاب الشعبي الرئوي اذ لا مسوّغ لاستعماله وانما يجب وصف موادّ منبهة اخصها الكحول وخلاّت النشادر. وانا اشير بالجرعة الآتية على من لا يتجاوز الواحدة من عمره وهي :

خلاّت النشادر	١	ج
شراب الطولو	٢٠	»
خمر مالاكا	من ١٥ الى ٢٠	»
منقوع الزهور الصدرية	٥٠	»

يمزج ويؤخذ منهُ ملعقة كبيرة كل نصف ساعة . فان كان العليل متجاوزًا السنتين زيد على مقدار الخمر نصفهُ وعلى خلاّت النشادر نصفهُ ايضًا او ثلاثة ارباعهِ. وقد يُعتاض عن الخمر المنوَّه عنها آنفًا بخمر اقوى منها قليلًا كاللبنانية الذهبية اللون كما انهُ يسوغ ايضًا استعمال الكُنياك والرُم بمقدار ملعقة كبيرة نهارًا اما بسويق سخن او بقدح ماء محلّى بالسكر

قد اضاف الدكتور جول سيمون الى هذا العلاج الكحوليّ كبريتات الكينين بان يؤخذ منها صباحًا ومساء ٠،٢٠ سج اذا ما كان الصبي بسن الرابعة و ٠،١٠ سج اذا ما كان في الثانية و ٠،٠٥ سج ان لم يتجاوز الواحدة . مستيقنًا ان كبريتات الكينين لا تضادّ الحرارة فقط انما تكون ايضًا دواء عصبيًا يؤثر على الخصوص في القلب فيرتب ضرباتهِ .

فهذه خلاصة العلاج الداخليّ

واعلم انهُ لابد ايضاً من الالتفات الى المسالك المضمية لان الاستسقاء الطبلي والاعتقال يؤثران في النفَس فيزيدان ضيقهُ . فيوصَف للعليل من وقت الى آخر الملينات كالمغنيسيا والمنّ والسنا وغيرها ولكن مع الاحتراز من وقوع الاسهال

ينبغي في الوقت نفسهِ ان تُباشر المصرفات فيوضع منذ البدء على الجلد ضمادات خردليّة وحجامات جافة . وعند ارتكاز الظواهر المسماعية ضع الذراريح الطيّارة ولا تدعها الّا ثلاث ساعات ثم ارفعها واعتاضها مدة ساعتين بلبخ ملينة مصنوعة من دقيق بزر الكتّان وضمّدها فيما بعد بالمرهم البسيط او الفازلين

لاتخف ان تضع عدة ذراريح كل يومين او ثلاثة متتبعاً العلة حيثما تستقرّ . الّا انهُ ينبغي ان تكون الحرّاقة صغيرة قطرها بين ثلاث او اربع سنتيمترات في الذين بلغوا الرابعة من عمرهم واصغر من ذلك في مَن لم يتجاوزوا الثانية اذ على الطبيب ان يتجنب ما شأنه ان يُحدث فيهم حرقاً كثير الامتداد

اذا خُشيَ الخناق او ثار الدور الخناقي اقتُضي استعمال المحمّرات او الاستحمامات الحارّة المخردلة . اما اذا ارتفعت درجة الحمّى في الالتهاب الشعبي الرئوي ارتفاعاً عظيماً حسن تخميدها بلفّ العليل بشرشف مرطّب . وقد ينبغي بالنظر الى القانون الصحيّ ان يكون معدل الحرارة في غرفة العليل بين ١٨° و ١٩° درجة . ثم لا بدّ من تقويتهِ بالمرق والحليب المخفف بالماء

اذا ما اشتــدَّ قلق العليل واضطربت لياليهِ فعليك بالحقن بمحلول كلورالي بمقدار ٣٠ أو ٤٠ سم. هذا ما ينبغي اجراؤه في الالتهاب الشعبي الرئوي الذي يختص بالاطفال . وقد اجاد في بيانهِ اخيرًا الدكتور جول سيمون احد اطبــاء مُستشفى الاولاد في باريس



المبحث السابع

في الالتهاب الشعبي الذبحيّ

ان هذا الالتهــاب المسمَّى ايضاً بذي الغشاء الكاذب وبالغشائي والدفتيريّ هو من الالتهــابات الشعبية الممتاز باغشية كاذبة تكسو مستبطن الغشاء المخاطيّ الشعبيّ

١٣٠ الاسباب . هذا الالتهــاب اما انهُ يصحب ظاهرات أُخرى غشائية كالذبحة وما اشبهها. واما انهُ يحدث دفعةً فيكون على نوع ما علة موضعية والتهابية وعليهِ فهو على نوعين وهما: الالتهاب الغشائي الذبحي وهو دائمًا ثقيل وفي الاغاب قتَّال والالتهاب الغشائي البسيط وقد يمكن شفاؤه

١٣١ التشريح للرضي . تبطن الاغشيةُ الكاذبة الشعبَ فتقتصر تارةً على بعض فُرَيعاتها وأُخرى تكون غشــاءً متواصلًا ينبسط في كل الشجرة الهوائيــة من الحنجرة والقصبة حتى الانتهاآت الشعبيــة. وهي تختلف غلظًا بالنسبة الى قطر الشعبة التي تلتصق بها التصاقًا وافيًا . وقد يُغشِّي سطحها

المعتق في الغالب مخاطٌ بين كثير اللزوجة وقليلها . ولها في العموم ثقوب مركزية يمرُّ بها النسيم

لا ينبغي خلط الالتهاب الشعبي الذبحي بالتجمدات الصلبة التي يتكوَّن عنها اسطوانات مُصمتة وردية اللون الى الحُمرة تفعم الشعب الدقاق كما قد يحدث في الالتهاب الشعبي الرئوي او ذات الرئة الفصيــة . فان هذه التجمدات تتقوَّم بالمادة الليفية الدموية التي ترشح على سطح الغشاء المخاطي الشُّعَبي وهي تختص بما للالتهاب الرئوي من الاشكال المختلفة

١٣٢ الاعراض . مهما كان الامر من المصاب سواء كان مريضاً سقيماً يسعل منذ ايام او بديناً جيد العافيــة فدلائل الداء : تشويش عام ونافض وصداع ووضمة وهي علامات تنذر بان البنية قد عراها آفة مهمة . ثم لا تلبث الاعراض الخاصة بهِ ان تنتشر مسرعةً متواليةً وهي عبارة عن شعور بكرْب وضيق في النفَس عظيين لا نسبة لهما مع الدلائل الاستقصائية فيعسر النفَس ويسرع . ويتواتر السعال متعباً ناخذًا ومؤلمًا ونوبيًا يرافقــهُ احيانًا صفيرٌ خاص بهِ ويُحدث نفثًا ابيض مخاطيًا رغويًا وخيطيّ الشكل

اما الاضطرابات العامة فتكون قليلة الشدة او كثيرتها . فيسرع نبض العليل وتنتهكهُ الحمَّى ويعطش ويقهم ويضطرب ليلًا . ولكن على رغم هذه الدلائــل فقد لا يتناقص اللغط التنفسي بيــد انهُ قد يضعف او يستتر بخرخرة صفيريَّة او شخيريَّة . وقد تطول هذه الحالة وتشتدّ من غير اعراضٍ جديدة فيعسر النفَس شيئًا فشيئًا ويبلغ ٥٠ او ٦٠ في الدقيقــة .

وتتدانى النوب فيتغير الوجه وتنقاق الهيئة ويعرق البدن فيموت العليل مختنقاً في اليوم الرابع او الخامس من هجوم هذه الاعراض . فيشاهد عند ذلك ان الاغشية الكاذبة الملتصقة قد استولت على المسالك الهوائية المصابة في فسحة عظيمة من امتدادها

وقد تتنوع الاعراض احياناً قبل ان ينتهي المرض . فيدسم السعال ويغزر البصاق ويتخطط دماً ويحول اللغط الشخيري الرنان خراخر اهتزازية وتسمع الاذن اذا ما وُضعت على صدر المصاب صوتاً ارتجافياً او سنجقياً ينشأ عن اهتزازات الاغشية المنفصلة والمتحركة

قد يعتري المريض ايضاً بعد اربعة او خمسة ايام تكون المكافحة فيها شديدة نوبة سعالية تنذر بوقوع الخناق . فيدفع في اثنائها مخاطاً يكون احياناً مخططاً دماً واجزاء غليظة منتفة لا شكل لها في بادئ الامر يقومها غشاء كاذب . فاذا ما وضعت في الماء بدت على شكل اسطوانة او جزء منها / قد يتكرر النفث في الاربعة وعشرين ساعة ويستمر يومين او ثلاثة . فان دفع الاغشية الكاذبة قد يعقبهُ في الحال قرارٌ وتحسين في الظواهر جميعها . ثم عندما تتوالى النوب ويليها نفث الفضلات الاخيرة تأخذ الاحوال تتحسن ويدخل العليل في دور النقه . بيد انهُ قد تستمر الاعراض احياناً على رغم نبذ الاغشية الكاذبة او تتجدد عقب قرارٍ وقتيّ فتتكوّن الاغشية ثانية وتهنُ القوى ويضطرب النفَس ويهبط النبض وتبرد الاطراف فيموت العليل بعد نزعٍ قصير . وقد يكون هذا الانتهاء في الغالب نتيجة التهاب رئوي او

التهاب بلّوري او تاموريّ قد تخلّل العلة الاصلية

١٣٣ السير والمدة والانتهاء . سير هذه العلة سريع ومتزايد . اما مدتها فهي من ٥ الى ٦ ايام اذا ما انتهت بالموت وبين ١٠ و ١٥ يوماً اذا ما آلت الى الشفاء . والانتهاء في الغالب تكون عاقبتهُ سيئة

١٣٤ التشخيص . تمتاز الذبحة الغشائية واوزيما المزمار عن الالتهاب الشعبي الغشائي باضطرابات الصوت والسعال . انما التشخيص يكون في الغالب على الصورة الآتية : اذا اصابت الذبحة الغشائية صبيّاً اقتُضي التفحص عن حالته ان كان مصاباً بالالتهاب الشعبي الذبحي الثنوي ام لا . فلا بد من ذلك اذ يتوقف عليهِ الجزْم بقطع القصبة او اللاجزْم بهِ

اما في الدور الاوليّ فقد يوهم بوجوده عدم استواء اللغط التنفسي في جهتي الصدر . بينما انهُ قد يتعذر ادراك هذا الفرق لِما يطرأ على الحنجرة من الالغاط . وقد يترجح وقوع الالتهاب الشعبي الذبحي عند ظهور اللغط السنجقي والخرخرة الغليظة الرنانة . وقد يتقرّر بيانهُ اذا ما تضمن النفث انعقادات اسطوانية مجوّفة تمكّن النظارة المعظِّمة من فصلها وعدم خلطها بالمخاط الشعبي

١٣٥ الانذار . ثقيل جدًّا . وقد يتغير بحسب مركز الآفة واتساعها وما يشاركها من الآفات الرئويّة او الحنجريّة

١٣٦ العلاج . راجع ما قلناه عن علاج الذبحة الغشائية العام التي تشترك فيهِ في اغلب الاوقات

المبحث الثامن

في تمدُّد الشعب

التمدد الشعبي عبارة عن حالة مرضية تمتاز بازدياد قطر المجاري الشعبية

١٣٧ الاسباب . هذا التمدد يعقب علة أُخرى رئوية او شعبية لاسيما الالتهابات الشعبية المزمنة والاستهواء الرئوي . فقد ينشأ كثيرًا اما موقتًا واما باتًا عن الالتهاب الشعبي الرئوي الذي يلي الحصبة والشهقة وقد يكون ايضاً عن التدرن الرئوي كما تثبتهُ مباحث الدكتور كَرْنْشِه التي أتى بها حديثًا سنة ١٨٧٨

قد أُختلفَ في بيان تكوّنهِ . فقال قومٌ ومنهم لاينك انهُ نتيجة عامل طبيعي يتحصل عن ضغط الهواء وقت السعال وعما يصحبهُ من التمدد في القناة الشعبية . ثم قد تبيَّن جليا ان التمدد الشعبي لا يحدث ما لم تسبقهُ آفة شعبية وهي عبارة عن التهاب من شأنهِ ان ينقص مرونة المجاري الشعبية ومقاومتها . وقد يكون من اسبابها الثنوية كل من الالتصاقات البلّورية والتصلُّب الرئوي

١٣٨ التشريح المرضيّ . ١ً أشكال التمدد . يكون التمدد اما اسطوانيًا واما قاعياً او عِقديًا . فالاسطوانيّ تبقى الشعب فيهِ على شكلها الّا ان قطرَها يصير اربعة اضعاف ما هو عليهِ في الحالة الطبيعية . ومن النادر جدًّا ان ينتشر هذا الشكل ويشغل الشجرة الشعبية كلها . فيكون في الغالب

جزئيًا ويقتصر اما على شعبة واحدة او يمتد الى انتهاآت حزمةٍ شعبيــة بكمالها . فتكتسب حينئذٍ اجزاء الرئة المحيطيّة منظرًا خلاليًا عنـد القطع وهو الاتساع الشعبي للدكتور بِرمر

اما الشكل الفقاعي فيسهل خلطهُ بكهف رئوي وهو اشدّ تواترًا من السابق واللاحق . فيستقرُّ خاصةً في الاجزاء المحيطية لا في الجذول الغلاظ التي قلَّ ما يصيبها . وقد يشترك في القصبة الرئوية او يبقى منعزلًا عنها الّا انهُ اذا تعدَّدت هذه التمددات ضمرت في الغالب الحواجز الفاصلة لها

قد وصف الدكتور كرڤيليه نوعين من هذا التمدد وهما : المستـديرِ والجداريّ . فالمستدير يختلط نحوره بجور الشعبة التي اتّسعت جدرانهـا اتساعًا مستويًا في كامل دائرتها في نقطة محدودة . اما في التمدد الجداري فقـد يختلف حجم النفاخات اختلافًا عظيمًا فتبلغ حجم بيضة الحمام (كرڤيليه) حتى حجم البرتقانة (بِرمر)

اما التمدد العِقديّ الذي وصفهُ الدكتور هِلّيســتُن فيتكوّن عن عدة انتفاخات يفصلها عن بعضها اجزاء متضيقة او طبيعية وتُشبه المسبحة منظرًا

واعلم ان هذه الاشكال الثلاثة قد يتفق وقوعها معًا

٢ً الغشاء المخاطي والشعبة . تكون في الغالب ظاهرات الغشاء المخاطي الشعبي نفس ظاهرات الالتهـاب الشعبي المزمن . اما الآفات فمختلفـة بمقتضى الظروف ونحن نميزها مع الدكتور بِرمر الذي اعمل الفكر في هذه العلة الى الظاهرات الآتية :

ا ٠ الاتساعات التي ينتفخ فيها الغشاء المخاطي انتفاخاً بسيطاً ترليـاً وهي تكثر في الاطفال خاصةً

ب ٠التمددات التي يرافقها ضمورٌ شعبي وهي تتواتر لاسيا في الاشكال الفقاعية

ت ٠ التمددات التي يتضخم فيها الغشاء المخاطي فتشاهد على الخصوص في الاشكال الاسطوانية

ث ٠ اخيرًا الاتساعات التي ترافقها آفات مختلفة في الجدران الشعبية كتصلّبها وتحجرها وغيرهما ٠ وقد يسبق التمدد في العموم قليلٌ من التضيق ٠ واذ ينتفخ الغشاء المخاطي يعسر احياناً تمييز الفوهة الشاركة له في الشعبة المجاورة

اما ما يحتويه التمدد عند ما يكون الغشاء المخاطي أملس فيشبـه الزلال ٠ ثم يصير غليظـاً قيحيًا مديًا خنزًا متعفناً يُشاهد فيـه اذ ذاك بلّورات ابرية من اللؤلوئين وفلوسية من الكلِسترين (الصفراَين المتصلبة) ٠ وقد يمتلئُ التمدد كتلةً كلسية ٠ اما الدكتور روكِتانسكي فذهب الى دوامها كل مرة لايشترك التمدد في شعبة مجاورة

يكثر وقوع التمدد في العموم من جانب واحد ومن اليسار ٠ واصابته لقاعدة الرئة اكثر منها لقمتها

قد تصاب الرئة في الاغلب فتتصلّب حول التمدد وتتقبّض وتبـدي آفات التيبُّس الرئوي ٠ وقد يشترك التمدد ايضاً في النزلة الشعبية المزمنة والاستهواء الرئويّ ٠ ويشاهد ايضاً التصاقات بلّوريّة وتاموريّة ٠ وقد ذهب

الدكتور كرنشه الى ان التدرن الرئوي يشترك غالباً في التمدد الشعبي

قد يعسر تشخيص هذه الآفة عند الاكتشاف التشريحي اذ يمكن خلطها بكهوف الرئة وخراجاتها وتجويفات غنغرينتها

اما الكهوف الدرنية فتشغل في الغالب قمة الرئة فتنتشر التولدات الدرنية في ما يحفّ بها من النسيج الرئويّ. ثم ان الكهف يكون متعرجاً غير منتظم تبينُ على سطحهِ فوهات الشعب كأن انابيبها مقطوعة بمشراطٍ

أخراج الرئة نادرة ومركزها المنسوج الرئوي لا القنوات الشعبية. فاذا ما قُطعت سال منها صديدٌ صرفٌ لا رائحة لهُ ولا زَبَد

اما الكهف الناتج عن غنغرينة الرئة فيتعذر تشخيصهُ لا سيما في دور التعويض اذ لا يكون الكهف مشتركاً في احدى الشعب او يتمّ الاشتراك بانابيب قد قطعت عمودياً قطوعاً يُحدثها التقرُّح الغنغريني

١٣٩ الاعراض . لا تبدو اعراض التمدد الشعبي في الغالب الّا في من يزمن فيهم الالتهاب الشعبي . غير انهم لا يفقدون في الاكثر ما هم عليهِ من السمَن ولا يظهر فيهم ما يشفُّ عن انحراف سوى ما يطرأ على الجهاز التنفسي من الاضطراب

الاعراض التنفسية . بهرٌ معتدل قد ينتفي احياناً وقت الراحة ويظهر وقت الارتياض . وسعال متواتر يكون في الغالب نوبيّاً صباحاً عند اليقظة او وقت يترك العليل فراشه . ونفث في العموم سهلٌ يندفع بغزارة كلية

بينما ان كميـة المنفوث تختلف فتكون وافرة في اكثر الاوقات . وقد شوهد ان من المرضى من ينفث ٤٥٠ جراماً في ٢٤ ساعة . وقد يكون المفرَز من دون رائحة واحياناً نتناً لكن من غير غنغرينـة وهذا انما ينشأ عن اختمار يتم داخل التمدد الشعبي . وقد يكون ايضاً قيحياً غير شفّاف يتكوّن عنهُ كتلة متجانسة . ومن النادر ان يكون مستديراً . وقد يمتزج بمادة رغوية تشغل سطح المبصقة . فاذا ما حُرِّكَ انفصلت عنهُ خيوطٌ الى البياض تسبح في وسط السـائل واذا تُرِكَ وشأْنه انقسم الى طبقتـين الواحدة صديدية التركيب تنغمس في قعر المبصقـة والاخرى مخاطيـة متكوّنة عن ندفات يداخلها الهواء وتستقرّ في الجزء الاعلى

الاعراض السماعية . لايدلّ النظر على نشوهات صدرية الّا عندما تُحدث الالتصاقات البلورية المشاركة او الاستهواء الرئوي تغييراً في قوام الصدر وتركيبه

اما اذا ما دنا التمدد الشعبيّ من الجدران الصدرية شفّ القرع تلقاء الآفـة عن صوت خفيّ واصم والاستماع اعرب عن ضعف في اللغـط التنفسي . وقد يُسمع في الغالب لغطٌ نفخيٌ خشن وكهفي وخراخر رطبـة تختلف من الفرقعية الدونية الى الكهفية ويكون غالظهـا منسوباً الى حجم التمدد الشعبي . وقد يتفق احيـاناً وقوع اللغط القراقري الحقيقي والطنين في الصوت والكلام الصدري . ولا يكون هذا الاستقصاء وافياً ما لم يتنفّس المصاب شديداً

اما بالنظر الى الحالة العامة فقد تبقى سليمة زمانًا طويلًا

١٤٠ السير والمدة والانتهاء . قد يعقب التمدد في اغلب الاوقات علة حادّة كالالتهابات الشعبية والشعبية الرئوية والحصبة او الشهقة وذات الجنب الذي لم يكن قد تم برؤه. فاذا ما ارتكز فقد يستمرّ في هذا الدور زمانًا مديدًا ولا يؤثر في الحالة العامة ولا يبلغ دوره الثالث أو تضطرب الحالة العامة وتبدو الاشتراكات الرئوية او القلبية

اما مدته فغير محدودة واما شفاؤه فمشكوك فيه . ومع هذا كله فقد تقرر انهُ يتم على نوعين: اولًا بتحجر ما يحتويهِ التمدد وانسداد ما يشركهُ في الشعبة . ثانيا بزوال النفاخة من ذاتها تدريجيًا وهذا أندر مما قبلهُ

قد يموت العليل في الغالب بالتمدد القلبي الناتج عن تصلُّب الرئة واستهوائها الذي كثيرًا ما يرافق التمدد الشعبي

ذهب الدكتوران بريكه ودِتريك الى تغنغر الالتهابات المتمدّدة في مَن يكون مستعدًّا لسبب بنيتهِ النحيفة. وظن الدكتور كَرْتِلا وقف عليهِ من الحوادث العديدة ان جدار النفاخة قد يفسد ويتناثر فينصبّ محتواها في البلّوره فيحدث فيها التهابًا قيحيًا . وان حلول الموت قد يكون عن امتصاص التولدات العفنة الناشئة عن الاختمار الذي يتكوّن في التجويف البلّوريّ

١٤١ التشخيص . ليس لهذه العلة دلائل تعرفية وعليهِ فلا بدّ في الغالب من الطريقة النافية ومن المقابلة بين الاستماع والحالة العامة . فاذا ما عمّ التمدد الاسطواني جزءًا من الرئة اضحت اعراضهُ

الموضعية عين اعراض الالتهـاب الشعبي المزمن . الّا ان الخراخر تكون في الغالب اغلظ مما يحتمله حجم الشعبة الطبيعي في الناحية المصابة . وزد على ذلك ان الدلائل الاستقصائية قد تكون في جهـة واحدة واشدّ وطأةً في القاعدة او في الجزء المتوسط . اما الرنين فيخف احيانًا تلقـاء الجزء المصاب

اما في الاستهواء الرئوي فيتمدد الصدر ويفرط الرنين ويضيق النفَس لادنى ارتياضٍ ويصير ضعيفًا يصحبهُ خراخر شخيرية وصفيرية

في الكهوف الرئوية تكون الاعراض السماعيـة نفس اعراض التمـدد الشعبي لكنها تحتـلّ غالبًا القمة وفي التمدد الوسط او القاعدة . اما النَفَط الانائي فهو في الكهف الدرني اكثر تواترًا منهُ في التمدد الشعبي . واذا أُصيب العليل بكهوف رئوية من جهة بدت غالبًا في الجهة الاخرى اعراضٌ تدل على وجود التدرُّن فيها فيثقلُ البصاق ويتكبب ولا يداخله هواء فيلتئم كتلةً في قعر المبصقة وتشاهـد فيهِ بالمنظار المعظم الياف مرنة . فاذا عولج بفواعل كيمية موافقة شفّ عن جراثيم نوعية اعني جراثيم التدرن . وعلاوة على ذلك فان الكهف آفة تحـدثُ الدورَ الثالث في اشخاص قد رهقهم النحـول والهزال مع اننا قد اسلفنا ان المصاب بالتمدد لا يزال طويلًا راتعًا في مرعى الصحة والهناء . ونفث الدم الذي يندر جدًا في التمدد يكـون بالنسبة متواترًا في التدرّن . وقد تُمسُّ الحنجرة في الكهف الدرني فتصحبهُ اعراض عامة كالحمّى والاضطرابات المِعدية والتهوعات والاسهال واختلال

الطمث ولا وجود لشيء من ذلك جميعه في التمدد الشعبي

يمتاز الكهف الذي يعقب الخراج الرئوي بسرعة دورانه واعراضه المنذرة وقيء الصديد المتحم

تفارقهُ الغنغرينة الرئوية بنتنٍ رائحتها التي هي اشد منهُ في بعض التمددات الشعبية . وزد عليهِ ثقل حالة العليل العامة وسرعة سير العلة

١٤٢ الانذار . هذه العلة ليست بذاتها ثقيلة انما يجعلها خطرة الاشتراكات القلبية كتمدد القلب الايمن

١٤٣ العلاج . يختلف قليلاً عن علاج الالتهاب الشعبي المزمن فراجع ما اسلفناه فيهِ . ولا يخفى انهُ ينبغي تخميد السعال وتحويل النفث وتخفيفه فيستعملون اولًا الاستحضارات الافيونية كشراب المرفين بمقدار ملعقتين او ملعقة واحدة كبيرة في النهار او شراب الخشخاش الابيض بالمقدار نفسه وما اشبه ذلك . ثانياً الاستحضارات البلسمية كماء القطران وقت الأكل او شراب الطولو او كبسول صمغ البطم والكوباي والصندل من ٤ الى ٥ مدة النهار . ثم الكريوزت حبوباً ام جرعات من ٠،٠٥ الى ٠،٢٥ في الاربعة والعشرين ساعة

لا بد ايضاً من تقوية المريض وعليهِ فيوصف لهُ خمر الكينكينا وخلاصتها والاستحضارات الفسفاتية والزرنيخية وما اشبهها

المبحث التاسع

في الشهقة

حدُّها . قد عرَّفها الدكتور جاكود بانها تلٌ خنجريٌ شعبيٌ ترافقهُ تشنجات فجائية في العضل الزفيرية والقابضة للمزمار . ونحن نعتمد على هذا الحدّ من غير تقييد لما فيهِ من التدقيق

١٤٤ الاسباب . نميز من الاسباب اثنين وهما سبب العلة وسبب النوبة

١ً سبب العلة . تثور الشهقة لاسيما في الاولاد من الواحدة الى السابعة من عمرهم . واصابتها للبنات اكثر منها للصبيان وحدوثها في فصلي الربيع والشتاء اكثر منهُ في فصلي الصيف والخريف . فهي علة وبائية بيد انها تقتضي من جهة المصاب استعدادًا خصوصيًا لانها لا تصيب على السواء الاشخاص الذين يتعرضون لاسبابها . وهي معدية ومن المرجح ان عدواها يحصل عن السائل المنفوث . وفي الغالب يزيل هجومها مرةً الاستعدادَ لقبولها ثانيةً

ان ما بين الشهقة والحصبة من العلاقات الكبيرة قد سوَّل اشتراكهما في شخصٍ واحد . وذهب الدكتور كورِف الى ان المائلة لها دخلٌ في توليد هذه العلة الّا انهُ ليس بما أتى بهِ رهين

٢ً سبب النوبة . اسباب النوب متغيرة فتارةً تثور فجاءةً من

غير ان يظهر ما يوقعها وأخرى يهيجها كلٌ من تغيّر الطقس والانتقال من غرفةٍ حارة الى اخرى باردة والتكلم والضحك والعطاس والازدراد وتغيير الجلس وتجمع افرازات في القنوات الشعبية

١٤٥ التشريح والفيسيولوجية المرضيَّان . كثيرًا ما تُشاهد آفات تزلية في الحنجرة والشعب فينتفخ غشاؤهما المخاطي ويفرز سائلًا غزيرًا لزجًا . فان توحُّد هذه الآفات في الغالب قد حمل الدكتورين مرقس ودِرُوَل على ان يتخيلا ان الشهقة انما هي نزلة شعبية حادة قد اصابت شخصًا عصبيًّا . غير ان هذا المذهب لا يمكن التسليم بهِ فانهُ لا يبين عدوى المرض ولا ملازمتهُ

وقال اخرون ان الشهقة لعلة عصبية معولين على حوادث نادرة كان فيها الاكتشاف التشريحي سلبيًّا . مع ان المباحث الحديثة وعدوى المرض مما يلاشي قوَّة هذا المذهب ويرفع كل اشكال

ذهب آخرون وهم الاكثر عددًا الى ان الظواهر التشنجية التي ترافق الشهقة انما هي فعلٌ منعكسٌ ناشئٌ عن تهيج الانتهاآت العصبية القصبية الشعبية والظاهر ان الاختبارات التي أتى بها الدكتور روزنتال تؤيد هذا المذهب . على انهُ بعد ان قطع الشعبة الانسية من العصبة الحنجرية العليا ونبه طرفها المركزي احدث سدَّ المزمار تقلصًا زفيريًا وهذا من الظواهر المميزة لنوبة الشهقة . الَّا انهُ لا بُدَّ لوقوع الشهقة من شروط اخرى غير تهيج انتهاآت الاعصاب الحنجرية والشعبية لان هذا التهيج انما يكون في كلٍ من

الالتهابات الحنجرية والشعبية ومع ذلك لاينشأ عنهُ سعال شهقيٌّ وعليهِ فلا يكون مفعولهُ خصوصياً ما لم تُحدثه وتؤيده عدوى نوعية

ان المباحث الحديثة قد جاءت معربةً عن نوعية الشهقة . قد كان اثبت الدكتور لِتزِريك في بصاق من اصابتهم الشهقة جُسيمات جسيمة وسُلَيسليَّة الشكل لا ترى الا بالمنظار المعظم . وقد ظُنَّ زمناً مديداً ان هذه الجسيمات انما هي الفاعلة نوعية الشهقة . غير ان الدكتور بورجِر قد اثبت بما هو مرجح سنة ١٨٨٣ ان جسيمات الشهقة انما هي وُقَيشات شحمية الشكل مختنقة الوسط قليلًا تتلوَّن بسهولة بينفسجية الميتلينا ويحول لونها سريعاً اذا ما وضعت في محاول كحولي

ثم نذكر ما علمهُ الدكتور جينو دي موسي من ان السعال الشهقي هو نتيجة التهاب العقد القصبية والشعبية وتهيج العصبة الراجعة اليسرى لتضخم العقد نفسها

اخيرًا زعم الدكتور تِنبِرْوك ان السعال التشنجي انما يحدث عندما تتجمع المواد المخاطية في بُطينات الحنجرة فتقع لغزارتها على سطح المزمار

١٤٦ الاعراض . نصف ثلاثة ادوار لهذه العلة . ١ الدور المنذر او النزلي . قد يشابه هذا الدور ما يحدث في بداية الالتهاب الشعبي العادي فيمتاز في اكثر الاوقات بسعال جاف متدانٍ احياناً واشدّ تواترًا في الليل منهُ في النهار . وكثيرًا ما تحتقن الملتحمة وتدمع العينان وتزرق الجفون وتنحط سحنة العليل فتبدو عليها لوائح الغم والكآبة

قد يتواتر العطاس ويعتري المصاب بحوحة وزكام وقشعريرات متناوبة وحرارة وقتية فيضطرب نومه وتشكس اخلاقهُ . وقد يرافق ذلك حمّى طفيفة ورديّة الطرز او غبيته . وقد تبدأ الشهقة احياناً بهجوم ذبحة كاذبة وقد لا يكون هذا الدور اصلًا فيفقد دفعةً الدور التشنجي

٢ً الدور التشنجي . من النادر ان يحول دفعةً الدور الاوليّ تنوبيا . فان السعال ولو كان في بادئ الامر نوبيا ليس فيهِ ما يميز النوبة الكاملة اي انهُ يوجد دور متوسط يكون السعال فيهِ متواترًا قصيرًا متدانياً متوالياً يتكرّر من ٨ الى ١٠ مرات من غير ان يظهر الصفير الشهيقي او يصحبهُ التقيُّوء

لكن اذا ما تكوّن الدور التشنجي فالنوبة تفد اما بغتةً او يسبقها بعض اعراض منذرة وهي : الشعور بدغدغة في الحلق وألم في ناحية القص فيهدأ الولد في بادئ الامر ويستكنّ ويدع الطبيب يستقصيه ثم يضطرب للوقت من دون سببٍ فيتنحى عن الاستقصاء ويصير شرِس الاخلاق عيناه لامعتان ووجهه وجِم فيقلق ويغير مجلسه ويُسرع نبضه ونفَسه فيُسمع احياناً بعض خراخر ازيزية طفيفة . وقد تستمرّ هذه الاعراض بضع دقائق الّا انها لقصيرة في العموم . وقد لاحظ الدكتور لُمبار بعض تقززات متعبة تسبق ظهور النوبة بجملة دقائق

اما بعد هذه الدلائل المنذرة فتفد النوبة بكامل شدتها . فان كان الولد مضطجعاً جلس فجأةً وان كان واقفاً سعى في ان يتشبّث بما حوله من

الاجسام الصلبة ليستند عليها . ثم يعتريهِ سعال يابس هجوم يمتاز بسلسلة زُفرٍ ارتجاجية فيبين كأن العليل يفرغ ما تحويه رئتاه من النسيم بزُفر صخابة تتوالى من غير شهيق ذلك لما يعتري العضل الزفيريَّة من التشنج . ثم لا يلبث بعد زمان مختلف المدة ان يشهق شهيقًا عميقًا . ولكن لما كانت العضلة القابضة للمزمار متقلصة كان الشهيق رنَّانًا صخابًا وصفيريًا يليه في الغالب نفث مخاطي خيطيٌ لا بل تهوعات حقيقية . فقد ينتفخ الوجه للوقت ويصير لونهُ بنفسجيًا وتدمع العينان ويضطرب النظر . ومن النادر ان يكون الصفير الذي يلي الحركات الزفيريَّة الارتجاجية دليلًا على انتهاء النوبة . فقد يبدو السعال ثانيةً ومتعاظمًا ويتوالى الصفير متواترًا فتمسي النوب طويلة وشديدة الوطأة . اما تهيج الوجه وقلق العليل واضطرابه فانما تكون منسوبةً الى طول النوبة وشدتها

اما في بعض الاولاد فيختلف وصف النوبة السابقة . فيحدث السعال والزفير واحدٌ يليهِ صفيرٌ مستطيل ثم زفير آخر صخَّاب يخلفهُ صفيرٌ ثانٍ ولا يزالان يتواليان الى ان تنتهي النوبة

يكون الصفير في الاحداث اقلَّ رنينًا وارتجاجًا وشدَّة . اما الاختناق فاشدّ وطأة وانذارًا . وقد تنقسم النوبة الى نوبتين ونصف يفصلهما مدة قصيرة يكون النفَس فيها طبيعيا

وقد يحدث في اثناء النوَب الشديدةِ كدَمٌ تحت الملتحمة واستفراغات غير ارادية واترفة من الفم والاذن والانف والشعب . ويشاهد بعد نهاية

النوبة بقليل العينان دامعتين والوجه تعباً والجلد قليل الحرارة والنفَس مسرعاً

لا يُبدي الاستماع في مدة النوبة لغطاً تنفسياً حتى في وقت الشهيق الصفيري الذي يعقب الزفر الارتجاجية لان النسيم لايتجاوز الشعب الغلاظ في مدة هذا الشهيق

اما مدة النوبة فمختلفة بين ١٠ ثوانٍ ودقيقتين . فان تجاوزت ذلك كانت نتيجة نوب متوالية (اذ قد شوهد نوَب استمرت ربع ساعة). وقد يختلف عددها ايضاً فيكون في الحوادث الخفيفة من ٨ الى ١٠ في ٢٤ ساعة اما في الثقيلة فيزداد وقد يبلغ المئة كما في الحوادث الفائقة الشدة التي اوردها الدكتور تروسّو . فيتحصل من ثم ان ما يقاسيهِ العليل من الأرق وقلة التغذية وانحطاط القوة العصبية انما ينشأ عن النوَب السعالية التشنجية والمتواصلة . فان عدد النوب يزداد في العموم الى اليوم الثلاثين ثم يقف اسبوعاً او اسبوعين ثم يتناقص سريعاً بينما ان النوب تكسب من الشدة ما تفقده من التواتر. ذهب الدكتوران ريليه وبَرتز الى ان النوب تكثر مساء . والدكتور بُلمار الى انها تتواتر ليلاً في الدور الوقوفيّ ونهاراً في الانتهائي . ولكن مهما كان الامر من حدوثها فلا وجود للحمّى في الغالب وان وجدت كانت خفيفةً جداً . اما مدة هذا الدور فمن ١٥ الى ٦٠ يوماً وفي الغالب تختلف بين ٣٠ و٤٠ يوماً

الدور الانتهائي . ينقلب نوع السعال فيهِ ترليّاً وتتقاصى النوب اذا

حدثت وتفقد شكلهـا الارتجافي وما يصحبها من الصفير . اما السعال فيكون متواترًا دسمًا يليه نفث مخاطي الى الاصفرار . وقد تتكرر النوب مرة او اثنتين قبل ان تزول تماماً. ولا تزال الاحداث مدة اشهر عرضة من وقت الى آخر لنوبة او نوبتين ارتجافيتين وانما يعقب ذلك الشهقات الشديدة الوطأة . اما مدة هذا الدور فمن ١٠ الى ١٥ يوماً اذا ما كانت العلة بسيطة وان استمر جملة اشهر كما ذكرناه آنفاً كانت العلة مشتركة في غيرها . في الشهقة البسيطة تكون الصحة جيدة في الفترات . وقد شوهد احياناً بعض ادوار حمى يوم الا ان الداء يكون في الغالب من غير حمى في كامل سيره فلا يقهم العليل ولا يتغير نظام هضمه انما يعتريه بعض تقيئات تشنجية . فاذا ما تواصلت الحمى خُشي من اشتراك العلة في غيرها

لما كانت اشتراكات الشهقة كثيرة كان الجدير بنا ان نتكلم عما يختص بكل جهاز على حدته

اولاً الجهاز الهضمي ١ الاشتراكات الميخانيكية . منها الفتق الذي قد يحدثه العناء في السعال الا انه نادر . ومنها تقرح قيد اللسان وهو اكثر تواترًا من السالف . وقد أختلف في تولده زماناً طويلاً فتقرر اخيرًا انهُ ينشأ عن دلع اللسان وقت نوب السعال وعن احتكاك قيده بالاسنان السفلى . ويؤيده انتفاؤه في الاحداث قبل ظهور قاطعيهم السفليين . وهذا التقرح لهُ إطار بين قليل الاستدارة وكثيرها وقعر سنجابي

مغشٍ في الغالب بطلاء لُبّي وسنجابي اللون . وقد يكون ايضاً مولماً في اكثر الاوقات ويصحبه احتقان في الغدد الفكية التحتية

٢ً الاشتراكات الالتهابية . من الاطباء من ذكر ما يصيب المعدة والمعى من الالتهاب واللين عند انتهاء الشهقات الثقيلة . ومنهم من اثبت حدوث الاسهال وهو يرافق في الغالب ما يلحق اجربة المعى اللّاقناة لها وبقع پيَر من الامتداد الغير المنتظم كما ذهب اليهِ الدكتور قولز

٣ً الاشتراكات العصبية . من اشدّ هذه الاشتراكات التقيّئات التي تخلف النوب وهي تبدو في النادر فجأةً وتكون بعد الاكل اكثر تواترًا منهُ قبل الاكل . فيأخذ الصبي يقذف مخاطًا لزجًا ولا يدفع الغذاء مثلما اكلهُ الّاعقب ساعات فيها تعتريهِ نوب عديدة

ثانياً الجهاز التنفسي ١ً الاشتراكات الميخانيكية . قد زعم بعض المؤلفين ان الاستهواء الرئوي قد يكون نتيجة الشهقة اما الدكتوران ريليه وبَرتز الخبيران في طبّ الاولاد فينكران ذلك كل الانكار

اما التمدد الشعبي فهو كثير الحدوث . ومن المحتمل انهُ يتوقف على نقصان صلابة انابيب الشعب لما يعتريها من الالتهاب وما تقاسيه وقت الزفير من شدة ضغط الهواء الموجود في الخلايا الرئوية

٢ً الاشتراكات الالتهابية . من اشدها الالتهاب الشعبي الرئويّ فان الشهقة والحصبة هما العلتان اللتان كثيرًا ما تهيئان الصبي اليهِ . فتشاهد جميع انواع الالتهابات من القصبي الشعبي الخفيف الى الرئوي الشعبي

الثقيل ولكن لاتبدو هذه الاشتراكات الثقلى والكثيرة التواتر الأبعد ان يطأ دور النوب جملة اسابيع . ومع ذلك قد يحدث احيانًا الالتهاب الشعبي الرئوي منذ الابتداء . فاذا ما استقرَّت هذه الاشتراكات تعذَّر تشخيص الشهقة لانها لاتخلو اما ان تعيق ظهور النوب واما ان تنوّعها واما ان تزيلها بالكلية . ولكن مهما كان الامر من ذلك فاذا ما تخالل الالتهابُ الشعبي الرئوي سيرَ الشهقة ضاق النفَس واحترَّ العليل وظهرت الاعراض السماعية التي تميز الاشتراك . اما السعال فيختص بصفتين متباينتين فمن جهة تكون النوب الشهقية متمايزة بجميع اوصافها ومن الاخرى يكون السعال في اثنائها دسمًا بين قليل التواتر اوكثيره لايرافقه صفير ولانفث مخاطي . فهذا التناوب بين السعال التشنجي والنزلي يستمرّ مدة الاشتراك بكمالها . وقد تتواتر الاشتراكات في الدور الثالث وتسير حينئذٍ سيرًا مزمنًا ويتصنع الالتهاب الشعبي الرئوي بسلٍّ رئوي

اما مدة هذه الاشتراكات فمتغيّرة وقد يكون كل من قصرها وشدتها منسوبًا الى صغر الصبي . فقد يندر شفاء العليل الذي لم يتجاوز الثانية من عمره فيموت غالبًا في زهاء ٥ او ٦ ايام اما عقب نوب او اعراض اختلاجية . اما بين الثالثة والخامسة فيكون الانذار اقلَّ ثقلًا لكنهُ مهم دائمًا . وقد يكون شديد الخطر اذا سبقت الحصبةُ الشهقة . اما الاشكال الخانقة فتعرض العليل الى الموت السريع والمزمنة تهزل البنية قليلًا قليلًا وتفضي بهِ غالبًا الى الموت بعد اشهر ومع ذلك لاتيأس من الشفاء اذ كثيرًا ما

قد شوهد عند تغيير الهواء

ليس من النادر جداً ان يخالف التدرُّن الشهقة فانهُ يصيب الرئة او العقد الشعبية وينتشر سريعاً

ثالثاً الجهاز الدوري . ١ً الاترفة . اكثرهـا حدوثاً الرعاف فيتواتر في بعض الاوبئة ويخلف على العموم النوب . وقد شاهد الدكتور لاتور مريضاً اصابهُ الرعاف بعد كل نوبة. وذهب الدكتور فَرْنك الى ان هذا الاشتراك لا يكون ثقيلاً الَّا عند وفوده في اثناء النوب ولكن لا يصلح العمل بموجب هذا الرأي من غير تقييد . فقد يشاهد بعد النوب الشديدة اترفةٌ تحت الملتحمة ومن الاذن . وقـد اورد الدكتور فَرْنك اترفة رئوية والدكتور بَرّيه ترفاً واحداً مخياً وغيرُهما انفجاراً ورام وعائية

٢ً الاستسقاء . قد شوهـد ورم الوجه من غير بولٍ زلاليّ اما الاستسقاء الحمي فهو بالنسبة اليهِ اكثر تواتراً والدكتور فَرْنك يثبت انهُ من الاشتراكات الثقيلة . واما الاوزيما فتمتد في الاحوال الثقيلة الى كل الجسد وتفضي بالعليل الى الموت لما تجرّه من الاستسقائين الزقي والصدري

رابعاً المجموع العصبي . ليس من النادر حدوث التقلُّص في الشهقة لاسيما في الطفولية الاولى زمان الإسنان وفي الاولاد ايضاً من الثـالثة الى الخامسة من عمرهم. فيكون حدوثهُ اذا ما اشتد السعال التقاصي وتمّ الدور النوبيّ منذ اسبوعين او اربعة. وتكون التقاصات في الاغلب عامة وشديدة غير انهـا قد تكون احياناً خفيفة ولا تبلغ الشـدة الَّا عقب ساعات .

فتارةً تقع في فترات النرب وأخرى تعقبها في الحال . وقد تعود كل يوم في الساعات نفسها . اما النوب فتتغــير عند وفودها وقد تنقطع تمــاماً مدة ساعات او يسبق هجومهــا بايام تهيج عصبي فيمسي العليــل غضوباً ناعساً او تنتهكهُ الحمّى ويعتريهِ صداع . اما السبات فيخالف في العموم التقلّصات والدكتور فرَنك يقرّر ان التقلّصات التي تحدث عن النوب قــد تخمد المرض مع أنّها في سائر الاوقات تكون ثقيلة وفي الغالب قتالة . وقد خالف هذا الرأي الدكتوران ريليه وبَرتز وذهبــا الى ان الاولاد الذين يصيبهم التقلص في الشهقة انما يموتون في اليوم الاول او الثاني او الثالث بعد النوبة التقلصية

١٤٧ التشخيص . قد يمكن خلط الشهقة في دورها الاول بالــنزلة الشعبية البسيطة غير ان للسعال في هذا الدور خاصــة تشخيصية لا توجد في غيره . ثم ان التفحص عن كيفية الاسباب مما يدل في الغــالب على وجود العدوى في الشهقة

ان سحنة المصاب بالشهقة تشبه في الدور الاول المصــاب بالحصبــة ووجود السعــال في العلتين مما قد يوقع الاشكال في التشخيص بيد انهُ لا يلبث الّا أن يفد الطفح فيؤيد التشخيص . اما في الدور الثاني فقد يمكن خلطها ببعض التهابات قصبية شعبية بسيطة قد يصحبها في الاطفال سعالٌ نوبيٌّ عند المساء الّا انهُ يختلف عما يكون في الشهقة اذ لا يهيج التهوّع ولا يتخلله الصفير الشهيقي المميز للشهقة

قد تتنزل انزلة الخانقة الحادة النوبية منزلة الشهقة غير ان في الشهقة يسبق دور تنزلي الدور النوبي بينما ان النوب قد تكون منذ البدء في النزلة خانقة . في الشهقة يرافق النوب صفيرٌ ونفث خيطيّ وتكثر فيها التقيئات . وفي النزلة الخانقة تكون النوب قصرى واقل شدة لا صفير يرافقها ولا تقيؤ ولا نفث و قليل منه . الشهقة غير حموية لا يهر يصحبها في اثناء النوب ولا سرع في النفس ويكون الاستقصاء في الغالب سلبيا . في النزلة الخانقة تنتهك العليل حمى محرقة ويسرع نفَسهُ وتبدو فيه خراخر صفيرية ومخاطية وفرقعية دونية تقف عليها عند الاستماع . في الشهقة تستمر النوب زمانًا طويلا ثم تتناقص فتليها نزلة بسيطة تشير الى الشفاء . وفي النزلة الخانقة يكون الهر قويا والنبض صغيرًا والوجه مكفهرًا مدة المرض كله والعليل اما ان يموت سريعًا او يشفى رويدًا

يكون السعال في تدرن العقد الشعبية شهقيّ الشكل بيد ان الشهقة مرض نوبي ومعدٍ يصيب كثيرًا من الاولاد معاً اما التدرّن العِقَـدي فمنعزل . الشهقة لها ثلاثة ادوار متمايزة لاوجود لها في تدرن العقد القصبية الشعبية فضلًا عن ان النوب فيـهِ قصيرة لا يصحبها صفـيرٌ ولا نفث ولا تقيؤ كما في الشهقة . في الشهقة يكون النفَس والنبض صحيحين في اثنـاء النوب بيد ان العليل لا يزال في التدرن محمومًا وضعيفًا تتوالى فيـهِ عادةً نوب سعالية ودبوية . في الشهقة يكون الصوت طبيعيًا وسير العلة حادًا وفي التدرن يكون في الغالب مضطربًا والسير مزمنًا

اما في الدور الثالث اذا ما طالت العلة شابهت التدرن الرئوي واختصت بالسعال والضعف . فلا سبيل لتشخيصها حينئذٍ الّا بالاستقصاء والتفحص عن سيرها السابق

١٤٨ الانذار . الشهقة البسيطة محمودة في العموم ولو وقع الموت احياناً في اثناء احدى النوب . غير ان العمر له كبير اهمية فان ثقل العلة يكون منسوباً الى صغر العليل . وفي الشتاء تكون اشدّ ثقلًا منهُ في باقي الفصول . والنتيجة ان الخطر يتوقف على نوعية الوباء

١٤٩ العلاج . يحسن منذ البدء في الدور النزليّ اعطاء المقيّئات والمشروبات القلويّة لإسالة المفرز . فمن الاطباء من حاول ان يستدرك في هذا الدور وقت الوباء وقوع الدور التشنجي فأطرأوا شراب الدكتور دزِسّار ونعوق الدكتور دارو وهذه صورته :

ماء مصفّى	٢٠٠	ج
شراب عرق الذهب	٣٠	»
ماء الغار الكرزيّ	٤	»
خلاصة خانق الذئب	٠،٠٥	سج

يعطى كل ساعة ملعقة صغيرة من كان في الطفولية الاولى . وملعقتين من كان فوق الثالثة . وملعقة كبيرة من كان يافعاً

اما في الدور التشنجي فيضاف الى ما تقدم ما اوصل اليهِ حديثاً التفحص المدقق عن اعراض المرض وطبيعته وهو على نوعين : الادوية

المضادة للتشنج والادوية المضادة للعفونة . فمن اخص الاولى : اللُّفـاح وحشيشة الهر وبروور البوتاسيم والكلورال والابازين الفاترة . ومن المستحسن ان يأخذ الولد الجرعة الآتية :

ماء الخس	١٠٠	ج
شراب الفح	١٥	»
مركب الكلورال / برومور البوتاسيوم من كلٍ	٠،٥٠	سج

يعطى كل نصف ساعة ملعقة صغيرة من لم يتجاوز الثانيـة من عمره وتتضاعف الكمية لمن يتجاوزها

اما الثانية فتنحصر في استنشاق محلول حمض الفينيك او الصفصافيك بمعدل واحد من ٥٠ او تحويله الى ضباب

قد اطرأ الدكتور لا رنسكي المسحوق الآتي وهو :

كبريتات الكينين	١	ج
حمض الصفصافيك	٢	»
سكر عادي / ثاني كربونات الصودا من كلٍ	٠،٥٠	سج

يصنع ذات عشرين ورقة ويستعمل ورقتان في النهـار لكل نفخ تحوي ورقة واحدة . اما اذا اخذ المرض ينصرف فينبغي حينئذ استعمال صبغة دروزيرة المستديرة الاوراق من ١٠ الى ٢٠ نقطة في ملعقـة مملوءة

ماء محلى بالسكَّر ٥ او ٦ مرار في النهار فان ذلك يُزيل في الغالب النوب سريعًا ويجرّ الشفاء

ان القانون الصحي من اهم ما يقتضي الالتفات اليهِ في معالجة الشهقة : فليكن الغذاء موافقًا والاكل قليلًا ومتواترًا

اذا كثرت التقيُّات فعليك بالاستحضارات الافيونية متدرجًا من مقدار قليل الى ان تبلغ كميةً وافرة

عند ما تكون الشهقة من غير التهاب شعبي رئوي لا بدَّ للعليل من الارتياض كالتنزه . ومن المستحسن تغيير الهواء والمسكن . ثم ينبغي في الدور الانتهائي اعطاء المقوّيات كالاستحضارات الكنكينية والفسفاتية القلويّة

المبحث العاشر

في الربو

الربو مرضٌ يمتاز بُبهر متقطع تشنجي نوعي ينتج عن تقلص كرازي الشكل يعتري العضل الشهيقية لاسيما الحجاب الحاجز . فاذا قابلناه بالشهقة التي هي علة تشنجية وجدنا نوبة الربو تتوقف على تعذُّر الزفير لسكون القفص الصدري في الشهيق الانتصابي بينا انهُ في الشهقة يسود الزفير وهو زفير تشنجي غير ارادي قد بلغ من الشدة أعلاها

١٥٠ الاسباب . ١ً الاسباب المهيئة . الربو علة تختص باليفعة

والشيوخ واصابتها للرجال اكثر منها للنساء ومن النادران تكون في الاولاد . وهي رثية تصيب تمويانيين والمعرضين لداء النقرس

٢ الاسباب الموجبة للنوب . كما ان النوبة الشهقية تكون نشأتها عن تهيج الغشاء المخاطي الحنجري الشعبي فتختص بالافعال المنعكسة كذلك النوبة الربوية قد تحدث في الغالب عن تهيج الغشاء المخاطي النخامي او الحنجري او الشعبي او عن تهيج يعتري نقطة أخرى من الجسم وهي ايضاً تختص بالظواهر التشنجية المنعكسة . ونحن نذكر بالتتابع اصل التهيج الذي يعتري كلاً من الاجهزة المختلفة

١ تهيج الغشاء المخاطي النخامي اوالشعبي . قد ينشأ هذا التهيج اما عن مواد حريفة او أبخرة او غازات . فالحريفة تكون اما حيوانية واما نباتية واما معدنية . فالنباتية التي من شأنها ان تحدث نوبة الربو هي مسحوق عرق الذهب ومسحوق الارز والهباء المنبعث عن الازهار الزكية الرائحة وعن التبن وقت الحصاد او التبين . وهذا النوع الاخير يحدث ربواً خصوصياً حاداً يرافقه حمى واصل ترلي مهم يسمى بالربو التبني

والحيوانية اخصها الغبار الذي ينتشر عن الثياب والوسادات والفرش عند نفضها وهذا مما يدل على كثرة حدوثه في المنجدين

اما المعدنية فقد قيل انها تتوقف على الهباء المنبعث عن الجبسين وما اشبهه . اما ما يتصعد عن الفحم فهو بالحقيقة من الاسباب القوية التي توقع النوبة الربوية كما يشاهد كثيراً في فعلة المعادن الحجرية وهذا ما يُسمى بالربو الفحمي

اما الغازات والابخرة الحرّقة التي من شأنها ان تهيج الربو فاخصها الحمض الكربونيكي وأكسيد الكربون اللذان ينبعثان اما عن الفحم المشتعل واما عن المِزْر واختمار العنب. ومنها بخار كلورور الجير . ومنها هواء شاطىء البحر الذي يثير النوبة الربوية في بعض المرضى حالما يحلُّون الارياف . ومنها البواسير الانفية والانفية الحلقومية التي تنبه الغشاء المخاطي التنفسي فتحدث نوباً ربوية تزول تماماً بعد استئصال هذه الاورام

ب . تهيج الغشاء المخاطيّ المعديّ المعوي . ينشأ الربو في المستعدين لقبولهِ عن تهيج الغشاء المخاطي المعديّ المعوي وهذا التهيج يكون اما ثابتاً او زائلًا . فمن الاول التخمات مهما كان الامر من طبيعتها والالتهابات المعدية المزمنة والافراط في شرب الكحولات ومن الثاني سوء الهضم والاعتلال

ت . تهيج الجلد . من اسبابهِ المتواترة : تأثير البرودة والريح الشرقية والشمالية وما يطرأ على الحرارة والجو من التغير الفجائي . ومنها ايضاً حدوث او زوال نفط جلدي كالقوباء القشريّة الرطبة (الأكزيما) وغيرها

قد يكون الربو عن علة عصبية فيكون منشأهُ في المركز الدماغي كالربو الذي يحدث عن الانفعالات النفسانية

وقد ينشأ في بعض الحوادث عن فساد في الدم يكون نتيجة ما ينفذ الدورة من المواد السامّة البادية كالربو الكحولي والربو الزحلي الكاذب والربو الاجامي اي الحمّى المتقطعة الربية واما عن فساد ذاتي في الدم كالربو النقرسي والحداري

١٥١ الاعراض . ان ما يميز الربو بالنظر الى اعراضه انما هي نوبته ونحن نصفها اولاً ثم نتفحص عمّا تبديه من النتائج

تنتاب النوبة غالبًا بعد نصف الليل . فبعد ان ينام العليـل ثلاث او اربع ساعات ينتبه بين نوم يقظان لما يعتريه من الكرب التنفسي . ويلبث على هذه الحالة مدة شاعرًا للوقت بكربٍ عظيم ومضطرًا الى التنفس دخول نسيم . شاكيًا من انقباض شديد في صدره فيجلس على فراشه متشبثًا بما يلاقيه يداه مندفعتان الى قدام وكلٌّ من رأسه وكتفيه وصدره جامد لا يتحرك . ولا يأتي بحركة صوتًا لقواه العضليـة فيعجز عن التكلم ولا يجيب الا بحركات خفيفة يومئ بها فيحني رأسه عند كل حركة تنفسية وترتفع كتفاه وينفتح فمه قليلا ويضطرب وجهه وتنفرج عيناه وقد تكونان جاحظتـين ومرطبتين ووجهه المكفهرّ ينقلب مزرقًا اذا ما طال النهر . فلا يزال به الالم والاختناق الى ان يفقد الحس بما يتم حوله او يجزع مما يبذل له من العناية . فتتقلص والحالة هذه جميع العضل الرابطـة للقحف بالكتفين والترقوتين والاضلاع وتتصلب فيجمد الرأس ويصير سندًا للعضل التي صحت تنفسية . وعليه فتتوتر العضل القصيّة الحلمية في الشهيق وتحدث انخفاضًا عند اندغامها في القص . فلا يزال المصاب في اضطراب مفتشًا عمّا يسهـل دخول النسيم في مسالكه الهوائية التي قد امست متحرقة وجافة فينهض بغتةً يتمشى في غرفته ساعيًا في فتح ما لها من المنافذ

اذا استقصيت حشيًا وقت النوبة وجدت شهيقهُ في بادئ الامر بطيئًا

يتمّ بصعوبة . والزفير يفد فجأةً ويطول الى ان يتجاوز كثيرًا مدة الشهيق . فيخرج النسيم ببطء من الصدر بحيث تخال ان التجويف الصدري لايفرغ ابدًا فيفاجئ تشنج قويّ ويدفع الهواء دفعةً واحدة . والنفَس لايزداد في العموم تواترًا بل يصحبهُ صفيرٌ يابس وصخب يسمع عن بعد في حركتي التنفُّس لاسيما في الزفير

مهما كان الامر من شدَّة التنفس فان جمود الصدر وقت تشنج عضلاته من اثبت الدلائل على التنفس الربوي . فيتمدد الصدر تمددًا عاماً كما يحدث في الشهيق الاعتصابي فينخفض الحجاب الحاجز ويرتفع الجوف وتبين الرئة عند قرعها هابطةً في الشهيق والزفير أوطى مما هو من عادتها . ولا يخفى ان في الصدر رنينًا غير قانوني ينقلب صممًا كلما التأم الغاز ومدَّد الخلايا الرئوية

عند الاستقصاء تجد اللغط التنفسي ضعيفا في كامل الرئة ومنقطعاً تاماً في بعض الجهات الصدريَّة . اما الخراخر الصفيريَّة او الشخيريَّة الكثيرة الانتشار التي تكون نغمتها في الغالب جافة فتصحب حركتي النفس . وقد لا تسمع الّا في الزفير وقد تصير بينة كلما طالت حركتهُ . وقد تنقلب في بعض الاحوال رطبةً فتدلّ حقيقة على دنوّ انتهاء النوبة

اذا استمرت النوبة زمانا أخذ يتناقص جفاف الصفير وبدأ سعالٌ صغير ينقلب سهلا من بعد ان يكن خشناً . وهو من الاعراض الدالة على انتهاء النوبة . فان كانت النوبة قصيرة نفث العليل نفثا قليل الغزارة يكاد يتقوَّم

عن كثيلة وكستياتين مخاطيتين . وان شديدة كان النفث على غزارة وفية . وقد يتقوم في بعض الحوادث عن قطع صغيرة حجمها حجم عدسة سنجابية اللون ولؤلؤيته تشبه الدقيق صلابة . وقد يختلط البصاق احيانًا بكمية قليلة من الدم . وقد تنتهي النوبة في النادر من الحوادث من غير ان يصحبها نفث

قد يسبق النوبة احيان افراز غير قانوني يبدو على الغشاء المخاطي الانفي والحلقي على شكل الزكام فيشعر العليل شعورًا متعبا كالوخز في الخيشوم والثقل في الراس

يكون النبض في مدة النوبة صغيرًا جدًّا غير منتظم وقليل السرعة . اما في التنفس الانتصابي فيشتد خفقان القلب ويتواتر وقد يقف في غير الحوادث برهة فيحدث اذ ذاك غشيانٌ زمنيٌ

قد تتمدد الاوردة المحيطية تمددًا عظيمًا ينتج عنهُ ظواهر النبض العصبي ويبقى الوجه كامدا مدة النوبة كلها بينا انهُ اذا ما طال البحران يزرق المبتلَى وتجحظ عيناه وتدمعان ويعروه رعافٌ . اما الحرارة فتهبط حسًا لاسيا في الاطراف . ومع ذلك لا يزل الجثي يشكو حرارة لاذعة فيعرق في الوقت نفسه عرقًا غزيرًا يناقض البرودة الحقيقية . ووجهه المكفهر والمغمور عرقًا انما يكون وجه منازع

يتغير البول حالما تبدو دلائل ضيق النفس فتتناقص احيانًا كميته ويتركز فيحدث آلامًا وزحيرًا في المثانة . وقد يغزر في اكثر الاوقات

ويكمدُّ . فعندما تنتهي النوبة ينقلب البول احمر وراسباً

قد يرافق النوبة في الغالب اضطرابات في القناة الهضميَّة منها التخمة واعتقال الطبيعة والاستسقاء الطبلي . وقد يسبقها ويليها خمودٌ اما طبيعيٌّ واما عقليٌّ

سير النوبة وعودها . يشعر المرضى قبل وفود النوبة باعراض منذرة تكون على وجوه مختلفة . فنها الافرازات الغير القانونية التي ترشح في الغشاء المخاطي الانفي والحنجري الحلقومي . ومنها الاستسقاء الطبلي والخمود العقلي والطبيعي . ومنها قصر النفس مدة اليوم الذي يسبقها . ومنها ما يعتري المصاب من ضيق النفس الطفيف عند رقاده . فقد يمضي بعض دقائق واحياناً ساعة بين اوائل النوبة والدور المتزايد . وقد تستمرّ الشدة ساعة او ساعتين ثم تأخذ تتناقص فيسكن العليل قليلاً غير ان بهره لايزول الَّا عند نهاية الليل . وقد تتولى جميع الادوار سريعاً فتسقط النوبة الَّا ان ذلك من باب الشذوذ . وقد يستمرّ البهر طول النهار متناقصاً شيئاً فشيئاً الى ان ينتهي عند المساء ثم تكون الليلة التالية مثل الاولى رديئةً . وتتكرَّر النوب مدة ثلاث او اربع او خمس ليالٍ فتغيب وتعود في اوقات غير معيَّنة . ولكن ما دامت العلة بسيطة لاتكون النوبة قتَّالة . اما الانتهاآت المهلكة التي تتوقف على السدة الرئوية والخناق والسكتة المخية فلا تشاهد الَّا اذا ما شاركت العلة الاصلية احدى الآفات القلبية

اما الفترات فلا رابط لها في العموم فقد تبدو متساوقة ثم تقف مدة

اسابيع او شهوراً . فان الربو قلَّ ما يكون منتظماً في سيره وما ذكروه من الربو الاسبوعي او الشهري او السنوي فلا بدَّ من عزوه الى سببٍ قانوني بَدَنيّ

قد يصبح العليل بعد النوب الاولية ذا صحة تامة لكن اذا بقي ضيق النفس وعيه آثار النزلة فتبطل املة ان تكون بسيطة غير ان ذلك لا يحدث الا بعد تعدد النوب . وهذه هي العلامات التي ترافق البحران الربويّ .

تتري ك . ما ينجم عنه من نتائج

ينتهي الربو بان يحدث فساداً في منسوج الشعب والرئتين فينتج عنهُ الالتهاب الشعبي المزمن واستهواء الرئة وتجمدها . ثم تضطرب دورة الرئة وتختنق وعيتها فتؤثر في القلب فيتمدد الايمن وتقصر صمامتهُ الثلاثيـة فيحصل عنها وقوف الدم الوريديّ وارتخاء القلب . فاكثر الحثيين انما يموتون من هذا الارتخاء ومما يتعلق بهِ من الاشتراكات الرئوية .

ولكن قبل الوصول الى هذا الدور الانتهائي يمرّ العليل بدور طويل يتهيأ فيهِ التمدد التامي وعايه فاذا ما أخذت الرئة في الاضطراب وزاد الضغط في وعيتها مسى المصاب ذا منظر يختص بهِ ولون جلده بنفسجيا بل في الغالب ذكن ومزرق . وحينئذ تطول فترات النوب يصير الوجه عادةً مكفهراً وتكتسب العينان منظراً خاصاً بهما فتمسيان صلبتين جاحظتين ومرطبتين ويضعف الهضم وينسقم اكثر المصابين ويعتريهم ذبول بيّن فتتجوّف الوجنتان وتبدو تقاطيع الوجه جليا ثم تنحف الاعضاء وتنخفض حرارتها فيتم ذلك عند تدني النوب

تكون هيئة الحشي والحالة هذه ممتازة. وظهره مستديرًا ومحدبًا وكتفاه مرتفعتين وجذعه منحنيًا وبدنه مائلًا الى الوراء ورأسه الى الامام او منغمسًا بين كتفيه . ثم يفقد الجسم خفته العادية فيجمد الصدر وينسدل الذراعان اويتحركان كأنهما قطعة واحدة . ويكون في الغالب تحدُّب الظهر ظاهرًا الَّا انهُ لايكون ابدًا جانبيًا

١٥٢ التشخيص . لما كان البهر من الاعراض الرئية الجوهرية كان الجدير بنا ان نميّز الربو في هجومهِ عن سائر الامراض التي من شأنها ان تبدي ضيقًا في التنفس

لابدَّ من التدقيق في فصل ما يطرأ على الحنجرة من الظواهر التشنجية التي من شأنها ان تهيج بهرًا بحرانيًا فانهُ ليس لها ما للربو من التنفس الممتاز والمعروف بشهقة شهيقهِ فضلًا عن ان النوب البهرية الحنجرية قد يمكن عزوها الى ثلاثة اسباب وهي : التشنج المزماري والذبحة الكاذبة والاختناق الرحمي . فالاولان لاوجود لهما الَّا في الاطفال وقد اسلفنا الكلام فيما بينهما وبين الربو من الاختلاف بالنظر الى الاعراض . اما الثالث وهو الاختناق الرحمي للدكتور سوفاج فيصحبهُ حسٌّ باختناق في ناحية الحلق يميزه عن سواه . وزد عليهِ ان البهر اما انهُ يبدو دفعةً فيثبت ويتوالى بخلاف ما يحدث في الربو واما انهُ يزول فجأةً فيحتلّ موضعه اما شالل نصفي او نوبة عصبية وهو الاكثر حدوثًا

تُقابَل هذه النوب التشنجيَّة بما ينشأُ عن آفة العصبة الراجعة من الشلل

ويكون اما عن ورم أبهريّ او التهاب العقد القصبية الشعبية او حولها واما عن ورم في الحجاب المنصف . فيصاب العليل في جميع هذه الحوادث بنوب بهريّة تبدو خاصةً في الشهيق الاغتصابي او وقت تجشم العناء وقد تعادل ما يكون في بدء الخناق. فيعسر فيها الشهيق وحده ويرافقه صفير حنجري قوي اما الزفير فيكون بخلافه سهلًا . وهذا ما يميزه عن البهر الربزي . وعلاوة على ذلك ان الصوت لايزال مضطربا في آفات العصبة الراجعة

قد يصحب الآفات الآتية و الالتهابية الحنجرية بهرٌ متواصل يمتاز بمجاريه ينبغي فصلها عمّا يحدث في النوب الربوية

قد يتأتى البهر المتواصل مقرونًا باضطراب الصوت عن الاورام الحنجرية كالسرطانية والباسورية وغيرها وعما يطرأ على آلة الصوت من التضيق الندبي

قد يكون البهر الشديد والمتواصل عن الذبحة الغشائية وعن الاوزيما المزمنة فيمتاز في الاولى باعراضها العامة وبما يصحبها من الهمدة في الصوت وفي الاخرى بصفير الشهيق وصعوبته وسهولة الزفير واضطراب الصوت . فكل ذلك مما يعاون على التشخيص ونفي الربو

لابدّ من فصل البهر الربوي عما يكون من الاعراض البهرية في الآفات الرئوية والشعبية . فيمتاز الربو عن النزلة الجافة بانتفاء النسبة ما بين بهره وبين السعال والخراخر والنفث مع ان هذه الظواهر تكون متناسبة في النزلة الجافة

في النزلة البلغمية يكون النفث شفافاً وخيطياً ورغوياً لا لون له وتغزر كميته صباحاً ومساء. ويصحبهُ خراخر رنَّانة ومخاطية فهذه الدلائل لا وجود لها في الربو ما لم تتعدد فيهِ النوب البهريّة. اما النزلة المخاطية فتمتاز عن الربو الرطب لبعض المؤلفين بغيبوبة البهر وعوده وقت المشي والارتياض

الاستهواء الرئوي يحدث بعد زمانٍ بهراً ثابتاً ومتدرجاً يمتاز صريحاً عن الربو

ينشأ البهر ايضاً عن العلل القلبية الَّا انه يفارق البهر الرئوي بقصر النفس وحدوثهِ عقب العناء لاسيما في المصابين بآفة تاجية. فعندما تضعف حركات القلب ولا يعود في وسعها ان تقاوم العلة الرئويّة يفقد البهر ويثبت بل يزداد ويشتد وينقلب في الليل تنفساً اشبه بالانتصابي. على ان ما يبدو حينئذ من ارتشاح الساقين الاوزيمي ومن الاعراض السماعية المعربة عن احتقان الرئة واستهوائها مما يؤيد التشخيص. ثم ان منظر العليل يختلف عن منظر الحشي وشهيقهٔ ليس باغتصابي كما في البهر الربوي

اما البهر الذي يشاهد في الخناق الصدري فغير حقيقي لان العليل لا يثبت صدره الَّا خشية الالم والكرب اللذين هما من المميزات الرئيسية للنوبة الخناقية

١٥٣ الانذار. الربو علة تطول مدتها. وخطرها انما يتوقف على ما ينشأ عنها من الاشتراكات

١٥٤ العلاج. ١ً في الفترات. ينبغي اولاً تقليل النوب وتخميد

شدتها وعليه فلا بدّ من الوقوف على سببها ومداواته بما يقتضي مزاج العليل وبنيته من الادوية الملائمة . فان كان قوبانيا فيلائمهُ استعمال الاستحضارات الزرنيخية او السفر الى مياه بُربول او مُندُره وان كان مصاباً بداء النقرس فالقلويات والمقويات او السفر الى فيشي او رَوَيّا

حين تهيج النوبة يمكن اسقاطها ببعض الاشربة الكحولية . وعند ما تثب فعلى المبتلى قبل بلوغها كامل شدتها ان يستعمل سيكارات مؤلفة من عناصر نباتية تختص بالفصيلة الباذنجانية كاوراق جوز المائل (داتوره) والبنج و نفح ورق تغلف تقويةً لها بورق مغموس بملح البارود الحلو . اما اذا اشتدت النوبة ولم يقدر المصاب على التدخين فيحرق قرب منخريه ورق مغموس بالملح المذكور

قد أطرأ منذ سنين قليلة هنريكوس هوشار احد اطباء مستشفيات باريز استعمال الحقن المرفينية في انواع البهر لاسيا البهر الربوي . وقد القى ذلك على جمعية المشاهدات الطبية بعد ان ايدهُ بعدة مشاهدات مدققة . ومن ثم انتشرت هذه الطريقة فجاءت غايةً في النجاح

قد حسن في فترات استعمال الاستحضارات الفاحية واحيانا القنب الهندي

اما العلامة جرمانوس سه فاطرأ يودور البوتاسيم من جرام الى ثلاثة في النهار . فهي طريقة فعّالة قد استعملتها مرارًا عديدة فابدت تناقصاً في النوب وشدتها

اني أؤثر غالباً الشراب الآتي وهو المعروف بالاكسير العنبري وصورته ان يؤخذ

شرش بولوغالين	٢	ج
مآء قراح	١٢٠	»

ثم يُغلى حتى يصير ٦٠ جرمة فيرشح المطبوخ بمخلٍ ويضاف اليه

يودور البوتاسيم	١٥	ج
شراب الافيون	١٢٠	»
كنياك	٦٠	»
صبغة الدردة	ك ك	

ثم يرشح ثانيةً . ويؤخذ منهُ ثلاث ملاعق كبيرة في النهار

اما هيدروكلورات النشادر التي يفخر باستعمالهـا الانكليز فلم اجد فيه ما يجز نفعاً وقد امتحنته مراراً وانا منزه عن كل تعصب



الفصل الثالث

في العلل الرئوية

المبحث الاول

في الاحتقان الرئوي

حدهُ . الاحتقان الرئوي عبارة عن فعومة الاوعية الرئوية السليمة دماً . فاذا تجاوز الحد صحبتهُ الاوذيما الرئوية . وهو ينشأ اما نشأة آفة ذاتية

فيكون مرضاً خاصاً او نشأة عرض ينضاف الى احدى العلل الرئوية او غيرها فينقلب احياناً اشتراكاً

١ً الاحتقان الرئوي باعتبار كونه مرضاً خاصاً . هو نزلٌ دمويٌّ حادٌ يرافقه حمى عند بدايته واعراض أُخرى تميزه عن سائر الآفات الرئوية

١٥٥ السبب . اسبابه البرودة وانقطاع الطمث والانفعالات النفسية قوية ومرض الجرحي الصدري . واصابتهُ للرجال اكثر منها للنساء

١٥٦ التشريح المرضي . قد ميَّز فيهِ الدكتور ديبوا الاميانيُّ ثلاث درجات وهي : الاحتقان والنفث الدمويُّ والسكتة الرئوية . اما الدكتور فوالز الذي اعمل الفكر في هذه العلة فيزعم ان النوعين الأخيرين هما من اشتراكاته

تزداد الرئة المصابة حجماً وثقلاً عما يكون من عادتها وتصير بنفسجية اللون يسيل منه اذا ما قُطعت دم اسود قليل الرغوة . فلا الاصبع يخرق المنسوج الرئوي الا بصعوبة ولا ينغمس ما تقطعهُ منهُ في قعر الماء بخلاف ما يشاهد في ذات الرئة

١٥٧ الاعراض . قد تكون نشأته دفعةً . وقد يسبقهُ بعض ايام سعال خفيف وألم منتشر في جهتي الصدر مع انحراف عام وضيق في النفس

اما هجومهُ فيكون دائماً فجائياً سواءٌ سبقتهُ الدلائل الانذاريَّة او لم تسبقهُ ويمتاز البدء بما يرافقهُ من الحمَّى ونخس الخاصرة والبهر . فان الحمَّى قد تكون حمَّى يوم او تتوقف على وصمة فقط وانحراف عام . وقد يحدث احياناً نفضة يعقبها عرق وصداع وتكسُّر في الاعضاء . ولكن سواءٌ تعاظمت الحمَّى او لم تتعاظم فهي تزول في اليوم الثالث

اما نخس الخاصرة فيثبت في الاحتقان الخاص وينــدر في الدليليّ . فيستقرّ على السواء في الجهة اليمنى او اليسرى الَّا انهُ يحلّ خاصــة تحت الثدي . فقد يشتدّ دفعةً وقد يكون تدريجيًا وهو اختياري يثيرهُ كلٌّ من التنفس والسعال واحيــاناً من الغمز على الاضراب ومن حركات الجــذل والساعد وهو المسمّى بالاحتقان الجداري الشكل . اما الاحتقــان العصبي المؤلم فقد يتنازعن السابق بانتفــاء الألم المنتشر وثبوتهِ في نقطٍ مؤلمة بيّنة متركزة تطابق ما للألم العصبي الوربي من النقط

اما البهر فيتغير ويكون في الغالب متوقفاً على نخس الخــاصرة . الَّا انهُ لا يستلزم دائمًا هذا الشرط

لا يكون السعال متواترًا في العموم وينقص في النصف من الحوادث فانتفاؤه وقلة وروده هما من الاعراض الدالة على سلامة المرض

اذا وقع النفث كان مائيًا شفَّافًا سنجابيًا ينقلب شرابيًا ويتخللهُ كريات هوائية وفي النادر جدًّا بعض خيوط دمويَّة صرفًا

النظر . اذا نظرت الى العليل تبينت اتساعًا في الجهة الصــدريَّة

المصابة يكون في بعض الاوقات طفيفًا جدًّا . وتناقصاً في اتساع حركاتها بسبب نحس الخاصرة

الجس . يدل الجس في الغالب على نقصان لاهتزازات الصدرية التي تكون عادةً قانونية ولا تكون متزايدة ابدًا بخلاف ما يشاهد في ذات الرئة

القرع . اذ قرعت الصدر وجدت في ربع المصابين الرنين طبيعيًا واحيانًا متزايدًا . وقد يكون صمم خفيف لاحد له يشغل من وراء نصف الرئة الاسفل او ثلثيها ومن النادر كل ارتفاعها ولا يستشعر الاصبع بمصادمة كما يحدث في ذات الرئة والجنب . اما الصمم المطلق فنادر جدًا وقد يسمع صوت طبلي اما في قاعدة الرئة ومن وراء واما بين الترقوة والثدي ومن قدام . ومن دلائل القرع انتقال نجده ايضًا في العلامات السماعية وهو من اكبر مميزات هذه العلة

الاستماع . ليست لهذه الآفة علامة تعرفية . فالضعف في اللغط التنفسي لا يكون نادرًا في ثلثي المصابين وقد يتزايد الى ان يحتجب اللغط بكليته . فلا بدّ عند ذلك من حمل العليل على السعال وقوفًا على انه في وسع الهواء ان يدخل الرئة . وقد ينتشر هذا الضعف قليلًا في جميع الجهات الّا انه يكون اشدّ ظهورًا في القاعدة منه في القمة . وقد يكون تنفس صخبًا يشبه نفس الطفل غير انهُ لا يشغل الّا الجهة المصابة وفي الغالب مقدمها

يسمع في زهاء نصف المصابين خراخر رنّانة متغيرة المراكز . واللغط الشعبي يكون احيانًا من وراء ولاسيما عند جذر الشعب . وقلما يضطرب الصوت اذ لا وجود للصوت الشعبي التام ولو وجد اللغط الشعبي وهذا من احسن مميزات الاحتقان السلبية. فلا يخفى ان هذه العلامات السماعيــة لا تجتمع ابدًا معًا ولايكون منها في الغالب سوى واحدة او اثنتين لعدم ثبوتها وزوالها سريعًا كما قدمناه آنفًا

١٥٨ السير والمدة والانتهاء . دوران هذه العلة سريع جدًا ونشأة الحمّى فيها ونخس الخاصرة فجائيان . اما الحمّى فهي حمّى يوم ثم تتوالى الاعراض بسرعة وتنتقل من مكان الى آخر فيزول المرض قريبًا وقد يكون انتهاؤه في ٢٤ ساعة . فهذه مميزات الاحتقان الرئويّ الذي ينتهي عادةً بالانحلال في ٥ او ٦ ايام

١٥٩ التشخيص . ان الألم الذي يصحب الاحتقان الرئوي قد يوجه الفكر الى الآلام الجدارية الجنبية والعصبية الوربية . بينما انهُ لاحمّى في كلتي الحالين ولا اعراض عامة ولا سعال ولا نفث ولا ظاهرات استقصائية

تكون الحمّى في النزلة الشعبية الحادة اشدّ رسوخًا منهُ في الاحتقـان الرئوي والالم مفقودًا او قليل الظهور والنفث مخاطيًا صديديًا وغير شفــاف والسعال متواترًا والخراخر رطبة وثابتة وسير العلة اقلّ اسراعًا

اما في ذات الرئة فتكون الحمّى احدّ و ثبت ودورانهــا محدودًا والاهتزازات الصدرية متزايدة والسعال متواترًا . ويبدو صمم وخراخر فرقعية

ولغط نفخي وصوت شعبي وبصاق لزج متحد وأصدأ

يتميز ذات الجنب عن الاحتقان الرئوي بالصمم واللغط النفخي وصوت الماعز . فعند بقاء الريب تؤيد التشخيص الحمى الملازمة وتفرق العلة الرئوية عن الآفة البلورية

١٠٠ الانذار . هذا الاحتقان قليل الخطر وانتهاؤه يكون دائماً بالشفاء

١٠١ العلاج . على المريض ان يلزم الفراش ثم يعالج بالمشروبات الحارة عطرية والمسهلات اللطيفة وبعض اقراص عرق الذهب . فاذا ما اشتد التهيج يوضع تلقاء النقطة المصابة ٥ او ٦ حجامات بشرط او يرسل اليها ١٢ علقة

اعلم انه بعد ان فرغنا من ذكر الاحتقان الذي هو اصل التهيج عن البرودة جاز لنا ان نذكر انواعه

الاحتقان الرئوي الجداري . ينشأ هذا الاحتقان في العموم عن جدار مفصلي حاد وقد يتفق ان تكون نشأته مقارنة لزوال الظاهرات المفصليـة . كما انه قد يكون في المجدورين العرض الوحيد المقوم للعلة

ولكن مهما كان الامر منـه فيبدأ في العموم فجأة فيتعـاظم البهر ويتصل سريعاً الى التنفس الانتصابي . ففي دوره الاولي يكون العليـل مكافحاً للخناق ولكن عند ما يشتـد التهيج ويمتد تعد الزرقة فتزرق الشفتـان وتجحظ العينان وتبرد الاطراف ويغشي البدن عرق بارد وقد يموت العليـل

فريسة الخناق الذي يستولي عليهِ قبل ان يستدركهُ الدواء او اقلهُ يؤخر هذا الانتهاء . وقد شوهد خلاف ذلك اذ قد يتفق في بعض الظروف ان تتناقص الاعراض فجأةً وتزول سريعاً فيعقبها في الغالب دفعةٌ منصلية

الاحتقان الاجامي . ان التسمم الاجامي قد يحدث تهيجات رئوية ايضاً وهذه اما انها تصحب الادوار الحموية واما انها تكون منعزلة عنها فينبغي على الطبيب والحالة هذه ان يتتبع سير الاحتقان نفسه ليقف على مواد التشخيص

اذا أُصيب رجل بحمّى خفيفة من غير نخس الخاصرة في الغالب اعتراه سعال بين قليل التواتر وكثيره يصحبهُ نفث لا يكون فيهِ من الصفات ما يجدر ذكره . اما في اليوم الثاني اذا ما استقصيتَ الصدر فتجد خراخر فرقعية دقيقة دونية واحياناً فرقعية ايضاً . ثم بعد ان تتناوب العليل مدة ٣ او ٤ ايام دفعات حُمَّوية يومية غير منسقة التقطع تزول الحمّى والاعراض الاستقصائية ويهبط الداء بعد ساعات ويحصل الشفاء . لكن قد ترجع الاعراض نفسها بعد ايام الى ان يقتلعها العلاج الفعّال وهو كبريتات الكينين من جرام الى اثنين بحسب ما تقتضيهِ الظروف

قد تتجاوز العلة في بعض الظروف حدود التهيج فيحدث في داخل الخلايا ترشح يبدو لدى الاستقصاء بالالغط النفخي فيكون التهيج قد انقلب التهاباً أجامياً نذكرهُ عند التكلم عن ذات الرئة

٢ً . الاحتقان الرئوي باعتبار كونهِ عرضا يتخلل مرضا آخر رئويا . ان

الاحتقـ ـرئوي سو : كان مرضاً خاصا اودليليا على مرض اخر كالحداري ولاجمي فلا يخلو ن يكون ه ظاهرة مرضية تستدعي الطبيب الى مداو ته

ن لاحتقانات الرئوية تي نحن فيها تتوقف في العموم على آفة اصلية في الجهاز تنفسي و قلبي . فعوض ن نقوم اعراضها في ذاتها كما شاهدنا في الاحتقانات سابقة تنضف لى اعراض العلة المهيجة فيتبهم في بعض الاوقات تشخيصها . وهذه الاحتقانات تكون تارة عن استطالات منبهة واخرى عن تغير ميخانيكي في الدورة الرئوية

١ . الاحتقان التهيجي . ان حسن الوقوف على تولد هذه الاحتقانات يقتضي بان نأتي بعض لاختبارات الساذجة وهو: اذا تفحصنا بالمنظار المعظم في الغشاء تقصل بين اصابع لضفدع وجدنا كريات الدم تجري بسهولة من غير عائق في باطن وعيته . فاذا ما قرص او أُدخل فيه نقطة من نسوشادر الكاوية رأينا اوعيته تتسع بعد ان تنقبض والكريات الدموية تتوارد ليها من كل جهة فتزدحم فيها وتفعمها وما ذلك الّا من احتقان تهيجي يمكن انطباقه على ما يحدث في الاحتقانات الرئوية . فان ما يقوم في امراض الرئة مقام القرص او المنبه الكاوي انما هو الآفة الاولية اي المرض المولد

يكثر الاحتقان الرئوي حدوثًا في السل الرئوي اما في بدايته او في دوره الوقوفي . فتكون اعراضه غالباً في كامل الدور الابتدائي علامات

تهيّج فقط . وحينما يكون المريض مصاباً ببعض ادران دخنية يتوقف اكثر الاعراض السماعية كالزفير الخشن والمستطيل ورنين الصوت على الاحتقان الذي يصحب هذه الأدران . غير انهُ قد يظهر تارةً باعراض اشدّ واخرى بنفث دم غزير يكون من اول علاماته وهو المعرب عن وقوع تدرن لا يزال في بدئهِ . وعليهِ فلا بدَّ من حدوث الاحتقان لتفسير النفث الدموي الذي يكون في بداية التدرن اذ ان الاكتشاف التشريحيّ في هذا الدور لا يشفّ في من أُصيبوا بنفث الدم عن آفةٍ شريانية او وريديّة من شأنها ان تُحدث مثل هذا الاشتراك

اما في دور التدرن الوقوفي فيكون للاحتقان عمل كبير . على ان دفعاته اذا ما ثارت حول الكتل الدرنية دلّت على وقوع بعض الظواهر السماعية وزوالها سريعاً كالخراخر الفرقعية الدونية وما اشبهها . وهو الذي يسبق فيهيّئ ما قد سلم من الرئة لحلول التدرّن فيهِ فيكون على نوع ما منذرًا بدوران الدرن وممهداً الطريق لاحتلال الجرثومة الدرنية . اما في السلّ الحاد فيكون ايضاً عمله اكبر اذ يتعلق بهِ اكثر اعراض الشكل الدرنيّ الخانق

ان الاحتقان الذي يسبق دوران الادران قد يسبق ايضاً دوران ذات الرئة كما احسن بيانهُ الدكتور ڤوالز . فان ذات الرئة في دورها الاول الذي يستمرّ بعض ساعات يكون اتساع الصدر فيهِ قليلاً والصوت الطبلي عند القرع خفيفاً وهذه هي اخصّ مميزات الاحتقان الاستيلائي

الذي يسبق ذات الرئة

.. في الالتهاب الشعبي الرئوي فتكون اهميتهُ كبرى على انهُ يدل اذا ما كان حادا على الاشكال الماصفة وان مزمناً فعلى الاضطرابات الرئوية المعروفة بالحالة الجنينية و التحجر والتحلل

قد يصحب ذات الجنب الحاد تهيج رئوي محيطي من جهة الانسكاب. فذهب الدكتور لاسيك الى انه يكون ملازماً للالتهاب البلوري وفي الغالب سببا له . وقد يستدل عليه احياناً عند المشاهدات بتطبُّل فوق الناحية نفسها . ومما يجدر ايضاً ذكر الاحتقانات التي تصحب الشريان الرئوي فربما تزيد هذه الآفة خطراً . والاحتقانات الرئوية التي تبدو في آفات العصب التائه وهو الرئوي المعدي وقد ذكرها الدكتور ييتر

ب . الاحتقان الناشئ عن اضطراب ميخانيكي في الدورة الرئوية . ان الشريان الرئوي الذي ينقل الدم المعد للتأكسد ويوزعهُ في الرئة يتولد من البطين الأيمن وينقسم بعد ان يسير قليلاً الى شعبتين الواحدة للرئة اليمنى والاخرى لليسرى . وكل منهما ينقسم اقساماً كثيرة تنتشر شعيباتها الانتهائية في الخلايا الرئوية حيث تنضم بالاوعية الشعرية التي هي اصل الاوردة الرئوية . فهذه يتكون عنها اربعة جذور اثنان للرئة اليمنى واثنان لليسرى وكلها تصب في الأذين الأيسر حيث تنقل الدم المؤكسد

اعلم ان كل انقباض من البطين الايمن يدفع في الشريان الرئوي

كمية من الدم متناسبة. فاذا اتفق ان اصابت آفةٌ احدى شعباتهِ كالضغط او التضيق او الانسداد حجبت دخول الدم فيها فيرد الى الشعبة السليمة المقابلة فتزيد كمية الدم الواردة اليها بمقدار ما كان معدّ للشعبة المصابة فيحدث فيها تهيج. وهذا ما يعرب عن اهمية الاحتقانات الرئوية التي تحدث في ذوات الجنب الحادّة والسريعة الانتشار في الجهة المقابلة للانسكاب . على ان الرئة لانقباضها في الجهة المريضة واندفاعها ضد الحجاب المنصف لا يداخلها من الدم الّا كمية قليلة لا يعبأُ بها فيتوارد اذن الباقي منهُ الى الجهة المقابلة

اما الاحتقانات الرئوية التي تخلف البزل الصدري فبخلافهِ فانها تستقرّ في الجهة المريضة . وسببهُ ان السائل اذا أُخرج كمية كبيرة لاسيما اذا تجاوز اللترين توارد الدم مزدحماً الى الاوعية الرئوية السابق انضغاطها فيداخلها سريعاً لوقوف عملها مدةً ولفقدها جزءاً كبيراً من مرونتها فيهون حينئذ تمددها. فيحدث فيها والحالة هذه احتقان يكون في الغالب شديداً من شأنهِ ان يثير نزفاً رئوياً كما أورد عنهُ حادثاً الدكتور لِكثرو . وفي الاغلب ينشأ عنهُ ما للنفث الزلالي من الاعراض الثقيلة

ومن البين ايضاً ان الاحتقان الرئوي يُثير الاعراض الهائلة التي تعقب الاستهواء الصدري السريع وهو عارض سماه الدكتور وِتريك بالقصور الرئوي الحادّ . فتنقبض الرئة حينئذ سريعاً ويقف التأكسد فيتوارد الدم الى الرئة المقابلة فينبهها بحيث يجعل التأكسد متعذراً من هذه الجهة ايضاً .

فهذه هي الاحتقانات الرئوية التي يتزايد توارد الدم فيها

أما الآفات التي يبقى الورود فيها على عادته ويتناقص المصروف فهي التي تصحب آفات القلب الايسر . فمهما كان الامر من الآفة سواء كانت عن قصور او ضيق في الصمامة التاجية او عن ارتخاء قلبي متأت عن تجدد عضل القلبية او عن حؤول حببي يعتري اليافها كما في الحميات خبيثة فالنتيجة الوظيفية لا تتغير . انما يزداد الضغط في الأذين الايسر ثم يمتد فيكتسب الشريانات الرئوية . ونتيجة ذلك الاحتقان الرئوي الانفعالي الذي يشغل قاعدتي الرئتين يسمى بهبوط الرئة ويشاهد في الالتهابات القلبية المتوسطة وفي الامراض الوبائية الحقيقة

يؤخذ مما قدمناه عن كثرة اسباب الاحتقان الرئوي وانواعه المختلفة انه من المحال الكلام عن اثاره وعلاجه في بحث واحد . وانا أوعز الى من يحب ان يتعمق به حتى الوقوف ان يطالع ما من شأنه ان يحدثه من علل كما ان جل مرادي ايضاح ما لهذه الحالة المرضية من الاهمية الكبرى في العلل الرئوية وبعض المؤلفين المدرسيين قد سهوا عن ذكرها وتبيانها



المبحث الثاني

في السكتة الرئوية

مرادفاتها . النزف الرئوي ونزف المنسوج الرئوي

حدُّها . السكتة الرئويّة مرض يمتاز بتمزيق الاوعية الرئويّة الشعريّة وانفجار الدم في جوهر الرئة . انما سُمّيت بذلك لانهُ قد خُيّل انها تُميتُ فجأةً من اصابتهُ نظير السكتة المخيّة . الّا انهُ قد تقرّر حديثاً بعد البحث المدقق عنها انها لا تبدي في العموم اعراضاً ثقيلة ولا اضطراباً عميقاً في البنية

١٦٢ الاسباب . قد اورد الاطباء امراضاً كثيرة من شأنها ان تُحدث السكتة الرئويّة وانّا نذكر كلّاً منها على حدتهِ ونقول ان الامراض القلبية انما هي من اسبابها الرئيسية الاكثر تواتراً . ونحن نقسم اسبابها الموجبة حذراً من وقوع التعقيد الى خمس جُمَل

الجملة الاولى الجرحية : النزل الصدري

الثانية لآفات الرئوية
- التدرّن والغنغرينة
- الكيس المائي (الهيداتيدي)
- الورم السرطاني المخي والسدّة

الثالثة علل الاعضاء المجاورة
- القلب
  - ضيق صمامهِ التاجي وقصوره
  - التهاب شغافهِ القرحي
  - التهاب عضلتهِ المزمن
  - تمددهُ
- الكبد : تشمعهُ (تحجّر)
- العضلة القطنية : التهابها

رابعة الامراض العامة:
- حادة
  - الحميات الثقيلة والجدري الاسود
  - الحمى التيفودية والقرمزية الدموية
  - الحصبة الثقيلة والدفتيرية
  - اليرقان الثقيل والتعفن الصديدي
  - الهواء الاصفر
- مزمنة
  - الحفر والفرفورة الدموية
  - الديابطس وافراط الكريات البيضاء

الخامسة تسمم:
- الزرنيخ والفسفر والدردي القلي
- الكحول (النشوة في الدرجة الثالثة)

١٦٣ التشريح المرضي . نتكلم اولاً عن البؤرات الدموية الارتشاحية ثم عن البؤرات الدموية التمزقية

البؤرات الارتشاحية . تختلف عدداً فمن النادر ان تكون متوحدة وقد تكون ثنتين واربع وقد تبلغ احياناً زهاء العشرين والثلاثين ونيف . فتشغل غالب جهة واحدة او تعزز فيها الّا انها تتخير قاعدة الرئة مركزاً

اذا ضغتها احسست تلقاءها بكتلة متصلبة حجمها من حبة العدس الى بيضة الدجاجة وفي الغالب اجسم . وهي تمتاز عمّا يحفّ بها من المنسوج الرئوي بلونها القاتم او البنفسجي او الضارب الى السواد . فاذا ما استقرّت في داخل الرئة كانت بيضية الشكل او كروية وان على سطحها فمفرطحة . وان قطعتها وجدت سطح القطعة اسود يتألف من ثلاث طبقات . الواحدة مركزية

سوداء والثانية متوسطة الى الحمرة والثالثة خارجية الى الصفرة. وان فصلتها عمّا يحيط بها من المنسوج والقيتها في السائل غرقت في قعره . اما سطح القطعة فيشف عن حبيبات هي اكبر مما يكون في ذات الرئة

اذا نظرت اليها بالمنظار المعظم وجدت الرشح الدموي قد كان دفعةً في النسيج الخلالي وفي القصيصات الرئوية . والاوعية المجاورة للبؤرة مفعمة كريات حمراء مزدحم بعضها على بعض

اما الاعضاء المجاورة للبؤرة الرئوية فتختص بالصفات الآتية وهي : احتواء الاوعية الدموية على كمية كبيرة من الدم المتجمد الذي يشاهد في الاوردة والشريانات الرئوية وفي الشريانات الشعبية ايضاً . واستدارة طرف السدة الرئوية المتجه نحو القلب وخروجهُ عن البؤرة وتقدمهُ بعض سنتيمترات . واحتقان ما يحيط بالبؤرة من الرئة واوزيماه في اغلب الاوقات واحياناً وجود ذات الرئة البينية حول البؤرة الدموية . اما الغشاء المصلي المجاور للرئة فلا يصاب الّا في الاترفة السطحية وقد يتمزق في الاترفة الكبيرة وقد ينعزل عن الرئة فيدفعهُ الدم ويلتئم تحتهُ فيلتهب اذ ذاك سريعاً التهاباً جزئياً لاسيما في الشيوخ اذ يندر فيهم ذات الجنب البسيط ولا يشاهد فيهم الّا ذاك النوع الدليلي كما بيّنهُ الدكتوران شاركو وڤولبيان

ان بقي العليل حيّاً آلت بهِ البؤرة الى التغيرات الآتية : ١ً الامتصاص التام ٢ً الامتصاص الغير التام مع تيبس ملون. ٣ً تكيس البؤرة بغشاء ليفي . ٤ً اللين او التقيح فتستطرق اما الى الشعب واما

الى التجويف البوري . ٥ً الغنغرينة . ٦ً ندبة ليفية او ليفية غضروفية

ب البؤرت تنزفية . اذ اشتدّ النزف بحيث يمزق المنسوج الرئوي تقطعت نباورة في القلب وحدث انسكاب دموي في تجويفها فينزل الموت سريعاً وفي الغالب فجئياً . وقد ورد الدكتور روكيتنسكي بعض حوادث انتهت بشفاء

فيسولوجية مرضية . قد تكون السكتة الرئوية على انواع مختلفة فتارةً تنتج عن فساد في الاوعية اما تمزقها بمرضٍ جرحي او ضربة او سقطة او كسر في ضلع وجرحة آفة صدرية واما لفساد جدرانها من آفة مرضية كالضمور شريان الرئوي وحؤوله الدهني . واخرى تنشأ عن فساد في الدم في الحميات الثقيلة الّا انها تكون في الغالب نتيجة تغير في ضغط الدورة الرئوية . فيميز فيها والحالة هذه نوعان . الاول عن زيادة في الدم الوارد ويسمى بالنزف التعلي كالاتزفة المعوضة والناشئة عن تبرّد الاطفال تدريجياً ووقوف بعض الوظائف الجلدية . والثاني عن نقصان في الضغط الوعائي وهو الانفعالي وسببه آفات صمامات القلب الايسر لاسيما تضيق الصمامة التاجية

سئل كيف تنشأ والحالة هذه السكتة الرئويّة ؟ على انهم قد لاحظوا ان الوريدات الرئوية في البؤرة النفتية الدمويّة تسدها خثرة على فسحة من امتدادها وعليه هل يكون الانسداد علةً او معلولاً للنزف الدموي : فهذه هي الاسئلة التي وضعها كثيرٌ من المؤلفين

ذهب قوم الى ان النزف الدموي اصلي وانهُ ينتج عن زيادة الضغط في الدورة الرئوية بسبب الصعوبة التي يلاقيها الدم عند الاستفراغ لضيق الصمامة التاجية . فيكون الانسداد نتيجة البؤرة الدموية

وخالفهم آخرون وامامهم الدكتور دوكه فزعموا ان السبب الرئيسي انما هو انسداد الشريان الرئوي اما عن استحالة جلطية متأتية عن بطء الدورة الناشئ عن ضيق الصمام التاجي او عن انفلات خثرة قد اقامت من البُطين الايمن . ولكن مهما كان الامر من التجمد الوريدي سواء كان الكلام في الاستحالة الجلطية او في الانفلات الجلطي فنتيجتهُ تمدد الاوعية الجانبية وتمزقها لما يتوارد اليها من الدم

١٦٤ <u>الاعراض</u> . تبدو الاعراض لدى المشاهدة على وجوه مختلفة

١ً قد تسير سيراً قاصفاً فيفاجئ العليل بهر شديد ينتهي بموتهِ في بعض الدقائق اما عقب نفثٍ دموي غزير واما من غير نفث دم

٢ً قد يصاب العليل بآفةٍ قلبية فلا يُبدي مدة سيرها الا الاعراض التي تنشأ عن ارتخاء القلب . بيد انهُ عند الاكتشاف الرمي تُشاهد في الرئة تضخمات كاذبة مسببة عن النفث الدموي

٣ً اما في الشيوخ فاعراض الانسكاب البلوري تدل على وجود تضخمات كاذبة دموية سطحية

٤ً وقد تكون السكتة الرئوية ثنوية تتخلل بعض الالتهابات الحادة

كالجدري الاسود ولا تشفّ سوى عن اعراض متغيرة جدًّا وخفيــة لا تستلفت الاصغاء ولا تمكّن من التشخيص

ان شكلها العادي يكون اما دفعة وهو الكثير واما عقب كرب في التنفس بين قليــل الشدة وكثيرها أو ألم في الصدر غائر لا حدَّ له او تعظم في الاعراض السماعية السابقة . فيشعر العليل فجأةً بعد الاكل او مدة الليل بحرارةٍ وثقل وضيق في صدره وآلام حادّة في جهة او في الجهتين وعدم انساق في ضربات قلبهِ . ثم يحسّ بدغدغة في حنجرتهِ فتهيج فيــهِ سعالا يابسًا يعقبهُ نفث بين قليل التدمية وكثيرها

اما عسر النفس فيختلف بين البهر البسيط والتنفس الانتصابي الذي اورده الدكتور بوليو او الخناقي النصفي الذي ذكره الدكتور كريفيليه . فاذا اوشك النزف ان يقع احسَّ بعض المرضى بغليانٍ في الصدر لكن بعد حدوثه يزداد البهر والالم ويبــدو نافض وقشعريرات وغُشيان وحرارة في الحلق واحيانًا سعالٌ نوبيٌّ يصحبهُ تهيُّئات فيكمهرُّ الوجه للوقت ويصــير لونهُ بنفسجيًا ثم يضطرب العليل وينحرف انحرافًا عامًا

زعم العلّامة لاينــك ان نفث الدم يكون ثابتًا فخالفــهُ في رأيه بوليو وأندرال وكريفيليــه بعدم وجوده دائمًا اما الدكتور كريزول فاثبت اخيرًا وجوده في زهاء سُدس المرضى

قد بالغ الدكتور لاينك في كمية الدم المنفوث والحق يقال انها لا تكون غزيرة في العموم عند وجودها ومن النادر جدًّا ان تفضي الى موت المبتلَى .

اما الدم ففي الغالب الى السواد ولا يكون احمر ناصعاً الّا في القليل انما يكثر فيهِ المغرْ واللون الهبابيّ وقد يشبهُ ايضاً عصير عرق السوس . وقد يكون احياناً أصدأ اللون كنفث ذات الرئة ويداخلهُ في الغالب من المخاط الشعبي كمية بين القليل والكثير . اما مدة انتفائهِ فتختلف بين ايام واسابيع وقد تكون ايضاً ستة اشهر . ومن مميزات النفث ايضا الرئيسية تكراره المتواتر

قال الدكتور جينو دي موسي ان نفَس المصابين ورائحة بصاقهم هما ثوميّان وحُميضيّان وهذا لديه مما يمكن من تشخيص العلة عند انتفاء نفث الدم

الاعراض الطبيعية . صمم صدى لقرع في بعض الحوادث الّا انهُ يعسر ادراكهُ لاسيما اذا ما كانت البؤرات صغيرة . وتزايد في الاهتزازات الصدريّة احياناً تلقاء البؤرات كما ذهب اليهِ الدكتور ولش . اما عند الاستماع فانتفاء اللغط التنفسي تلقاء البؤرة والدكتور لاينك كان اوّل من اورده . وخراخر فرقعية حول البؤرة تنقلب فرقعية دونية حينما يفسد النفث الدمويّ . ولغط نفخي اسطواني . وصوت شعبي التي يذكره الدكتور جَندرِن

الاعراض العامة . تختلف هذه الاعراض فلا تبدو الحمّى الّا عند ما يشارك السكتة علة أخرى . وتوشك الحرارة ان تكون على مألوف عادتها ويكون النبض ممتلئاً وعريضاً ومشرفاً وفي البدء مزدوجاً ثم ينقلب ضعيفاً وصغيرا

ما السكتة الرئوية في الصدر فتمتاز بالعلامات الآتية : صراخ الم ومنحجب وكرب في التنفس يزداد تدريجًا وقد يتصل ايضًا الى السحب .
اما القرع والاستماع فسبيان . و نبض بطيء والحرارة منخفضة والبدن مصفر والجلد بارد مرمري فيبقى العليل في موت كاذب لايلبث ان يحول حقيقيًا

١٦٥ السير والمدة والانتهاء . قد تكون السكتة قاصفة مثل تمزيق ورم وعائي فينحط العليل ويكفهر لونهُ ويغشي بدنه عرق بارد فيموت نافثًا او غير نافث دمًا

وقد يستطرق الدم الى الشعب فيملأها سريعًا ويجرّ الموت في بعض دقائق مصحوبًا بعرض الخناق . وقد يعيش العليل احيانًا يومًا او يومين كامدًا مبهورًا وساعلا سعالا خدقيا مع ما يرافق الاثرقة الباطنية من الاعراض

قد يكون سيرها في الغالب طويلا يتخللهُ بحارين طارئة متأتية عن نكس وعن ارتشاحات ثنوية

اما انتهاؤها فيختلف بين ان يموت العليل أو يشفى تمامًا غير ان العود الى الصحة يكون حينئذ بطيئًا

في الغالب يكون البرء غير تام فتيبس الرئة ويبطل عمل النقطة المصابة ابدًا غير ان العليل لا يتألم من جرى ذلك فيظن انهُ قد برأ من علته . ولكن اذا قاحت البؤرة او ماتت تنشبت حمى حادة والانحطاط

شديد . وقد يتفق ان تستطرق الى الشعب فيحدث في كريه الرائحـة ينشأ عن اعراض مسماعية كهفية . فاذا تفجر صديد البوزرة في التجويف البلوري اوقع فيها ذات الجنب الصديدية الفائقة الحدة

١٦٦ التشخيص . لابدَّ من فصـل السكتة الرئويَّة عند تشخيصها عن النزف الشعبي لا مكان وقوع الخلط بينهما لما يرافقهما من النفث الدموي. فالنفث الرئوي يكون غزيرًا قد يعقبهُ غالبًا الموت في الحال والشعبي ليس فيهِ شيء من ذلك . واذا ما كان النفث الرئوي قليلا امتاز لزوجة دمهِ ولونهِ الضارب الى السواد وعدم زبديتـه لان الشعبي يكون احمر قانيًا زبديًا وسائلا . والاول طويل المدة يختص بالآفات القلبية والثاني قصيرها ويختص بالدرن الرئوي

اما قيء الدم او النزف المعدي فيمتاز بتقيوء الدم لا بنفثه وبما يصحبهُ من الاعراض المعدية

قد تشتبه السكتة الرئوية بذات الرئة لما قد يصحبها من النفث الدمي المجانس احيانًا للبصاق الاصدأ بيد ان نافض ذات الرئة وسير حرارتها مما يمكنان من تشخيصها وفصلها عن السكتة

اذا استطرق الدم الى التجويف البلوري أوهم بوقوع ذات الجنب غير ان السكتة الرئويَّة التي يصحبها استطراق بلوري تكون نشأتها أخفى ودوران اعراضها اسرع وفي الغالب يشاركها استرواء صدري مائي

١٦٧ الانذار . يكون ثقيلًا بالنسبة الى حجم البوزرة ومشاركتها لآفة

قلبية ومرض آخر رئوي

١٦٨ العلاج . حينما تشتد السكتة الرئوية وتبدي اعراضاً بهر خطرة فمن المستحسن الفصد العام فتسكن الاعراض سريعاً ويتناقص النز الرئوي ويخف البهر . ومن المستلزم استعمال المصرفات الجلدية في الوقت نفسه كالمدودات الخردلية والدلك بزيت حب الملوك وغيرها واعطاء مسهلات لتحفظ بطون الطبيعة على عادتها

اذا كانت السكتة الرئوية عن آفة قلبية وهو الكثير فينبغي ... المسهلات تقوية ثم نقوع حشيشة الكشاتبين على الصورة الآتية :

مسحوق ورق حشيشة الكشاتبين من ٠،٥٠ سنتيجرام الى ١ ج

ينقع في ماء سخن ١٢٠ ج

ويضاف اليه

شراب المضعف ٣٠ ج

ثم يؤخذ منه كل ساعتين فنجان

ومما ينبغي اضافته ايضاً الى ما قدمناه من المشروبات المدرات للبول كالنجيل وروح ملح البارود الحلو وما اشبه ذلك

أما اذا كانت السكتة الرئوية منعزلة عن آفة قلبيـة فيحسن استعمال كلورور الحديد من ٢٠ الى ٤٠ نقطة في النهار . والجويدارين من جرام ونصف الى جرامين مع الاستحضارات المقوية ايضاً

المبحث الثالث

في ذات الرئة

مرادفاتها . ذات الرئة العادية وذات الرئة الليفينية وذات الرئة الفصية والالتهاب الرئوي

تمتاز ذات الرئة هذه عن ذات الرئة النزلية او الالتهاب الشعبي الرئوي بمصاحبتها للافراز الليفيني داخل الخلايا الهوائية ومشاركتها للنسيج الخلوي البيني . وفضلًا عن ذلك فانها تصيب فُصيصات عديدة معًا بينا ان الشعبي الرئوي لايصيبها بنوع ما الّا منعزلة . وقد يُشاهد ايضًا بالقرب من الفُصيصات الملتهبة فُصيصات أُخرى تكون بالنسبة اليها سليمة

١٦٩ الاسباب المهيئة . ان ذات الرئة الليفينية هي من اعم الامراض التي تعتري الانسان في كل عمرٍ لاسيما في الشيخوخة والصبوة على ان الاولاد انما يقعون في ذات الرئة النزلية . اما اصابتها للرجال فاكثر منها للنساء لشدة تعرضهم لاسبابها الموجبة . ومهما كانت البنية حسنة لا يمكن ان تُصان من هذه العلة . بيد ان من يسقمهم الافراط في شيء مهما كانت سجيتهُ او الاشغال الشاقة او سوء المعيشة او احد الامراض يكونون اشدّ استعدادًا لقبولها . وهي تحدث خاصةً في فصول الانتقال ولاسيما في الفصول الرطبة

الاسباب الموجبة . هذه الاسباب كثيرة فمنها الرض الجرحيّ الذي

يقع على صدر سوء صحبة كسر في الاضلاع او لم يصحبهُ . ومنها الجراحات النافذة والمستنشق ابخرة حريفة . ومنها البرد وهو من اخص اسبابها الموجبة فاذا تعرض عشرون شخصاً مثلاً للبرد وكانت بنيتهم في الظاهر متساوية فقد يصاب واحد منهم فقط بذات الرئة مع ان السبب واحد . وعليهِ فلا بدَّ لنا من القول بوجود ركن مسبب للمرض يتخذه الشخص من ذاته ولم يتمكن البرد وحده ان يحدث المرض في الآخرين . فيجب اذن التسليم بوجود استعداد شخصي في المصاب لا يبدو العلة بدونهِ . وقد يتفق ان يكون هذا الاستعداد كافياً وحده لانشاء المرض فيصبح والحالة هذه بذات قوته سبباً موجباً . فكم من نحيفي البنية الذين يصابون بذات الرئة وهم في غرفتهم او على فراشهم وفي حالة النقه الذي يعقب العلل الطويلة المدة . فاذا نظرت الى ذوات الرئة التي تخلل سير الادواء كالحميَّات التفاطية والحمَّى التيفودية والتيفوس والجدري وما يحدث في الديابيطس والنقرس والتسمُّم الكحولي عرفت انها ليست من العلل البسيطة الناشئة عن البرودة او عن سبب بادٍ وانما تنشب كالامراض الوبائية في الاشخاص المتهيئين لدورانها

ولما كان الكلام في الامراض الوبائية كان الجدير بنا ان لا نترك هذا الموضوع قبل ان نستوفي خلاصة ما أُتي بهِ حديثاً من المباحث عن طبيعة العلة التي نحن فيها

قد ظنَّ الاقدمون حتى في السنين الاخيرة ان ذات الرئة علة موضعية او التهاب صرفٌ يعتري جوهر الرئة الَّا انهُ قد شوهد بعض حوادث

أخذت تتقلقــل اركان هذا المذهب. فقد فشت أوبئــة من ذات الرئة ووصف الدكتور دَمْلِر (١) أوبئة عن البيوت والسجون والمدن . وقد ذكر الدكتور برونِّر سنة ١٨٧٧ حادثًا وبائيا والدكتور جاكود أورد آخر سنــة ١٨٧٩. فلولا اكتشاف الجسيمات الصغيرة لبقي متعذرًا بيان هذه الحوادث

قد اعربت مباحث الاطباء فِرِدْلَندر وتالامن وافاناصيف وكُرْنِل وبابِس عن وجود جسيمات في المفرَز الليفيني مغلفة او من دون اغلاف . فاذا ما زُرعت في مرق مــلائم أحدثت لا محالة ذات الرئة في الحيوانات التي تلقح بها . وعليهِ فلا تكون هذه العلة موضعية بل عامة تنحصر في مَنْ يكون متهيئًا لقبولها

يُعِدُّ البدنَ لانتشار هذا الوباء ولدوران جسيماتهِ كلٌّ من الـبرد والاسباب الموهنة والامراض العامة وهلمَّ جرًّا

١٧٠ التشريح المرضي . الدور الاول وهو دور العفونة للاينـك ودور الاحتقان والارتشاح لجـاكود . حينما تفتح رمة مَنْ أصيب بذات الرئة ترى عيانًا فسادًا يختلف بحسب الدور الذي مات فيهِ العليل . ففي الدور الابتدائي يكون الجزء المصاب احمر اللون او بنفسجيــهُ او اسمرهُ ناقص المرونة واقل صريرًا عند غمسهِ بين الاصابع منهُ في الاجزاء السليمة . فاذا القيت قطعةً منهُ في اناء مملوء ماء طافت على سطحهِ نظير القطعة السليمــة تقريبًا

---

(١) دَملر في قضيتهِ الافتتاحية ماريس ١٨٨٢

الدور الثاني وهو دور التكبد الاحمر للاينك ودور التجبد لجاكود . انما يؤثر في هذا الدور زيادة الرئة المصابة حجماً وثقلاً فقد تتحول الى كتلة صلبة ثقيلة حمراء متخفنة ومتمددة . وقد نشاهد استطالات خيطية مبيضة تدل على ان الارتية البينفوية تشترك في ترقي الالتهاب كما ان تضخم الغشاء الجبل مرونة واحمراره مما يعرب عن اشتراك ذات الرئة وذات الجنب وعماً بين الغشاء والرئة من النسبة المرضية . فاذا ما قطعت الكتلة في كامل ارتفاعها رأيت مركز القطعة ذا لون احمر قاتم خاص به والنسيج الرئوي عند سطحها خشن حبيبي الشكل كالنسيج الكبدي بينا انه يكون حول النواة المركزية أملس واحمر بنفسجي . واذا ضغطت الدائرة ضغطاً خفيفاً سال منه مادة مصلية يتخللها دم قليل او كثير مسودّ في بعض الحوادث . وان سطح الجزء المركزي المتكبد فلا يرشح بشيء . اما اذا كان الضغط أشدّ فيستخرج مادةً صمغية تنحدر قطيرات فهي التي تملأ الخلايا الرئوية فتتجمد فيها وتكسبها عند قطعها منظراً محبباً يشبه منظر الكبد. وقصاراي هي التي تحدث التصلب الرئوي . واذا وضعت اصبعك على الجزء المركزي وجدت نفس الصلابة التي تجدها في الكبد وأدّى بكَ الامر الى زيادة في الضغط لتتمكن من ادخال الاصبع فيها

اذا وضعتَ قطعةً صغيرة من مركز الكتلة في اناء مملوء ماء انغمست في اسفله من غير ان يتصعد عنها فقاقيع هوائية . وحينئذٍ يستحيل نفخ الجزء المصاب

حينما تؤول العلة الى الشفاء يتسايل سريعاً محتوى الخلايا الهوائيـة المتجمد فينفثهُ العليل . ولكن اذا تقدم الداء وكان انتهاؤه العطب حال هذا الدور تكبُّدًا سنجابياً كما ذكره الدكتور لاينك او صديديًا كما علَّمهُ الدكتور جاكود

الدور الثالث وهو دور التكبُّد السنجابي اللاينك والصديدي لجاكود . تتحوَّل حينئذٍ الكتلة بكاملها الى نسيج سنجابي الى الاصفرار او ممتزج باجزاء منها زرقاء ومنها سمراء . وهو يشفُّ عن حُبيبات غلظى وأقلّ اتساقاً مما تكون في الدور السابق وعن نقصان زائد في صلابتـه بحيث يخرقهُ الاصبع بسهولةٍ . واذا وضعت قطعةٌ منهُ في الماء غرقت سريعاً ما لم تكن الرئة قد تعفنت او تغنغرت فأبدت فيهِ فقاقيع غازية . وقد يُشاهد احياناً حول الكتلة المتكبدة خراجات صغيرة دخنية

الاستقصاء المنظاري . لابدَّ لحسن الوقوف على ما يحدث في ذات لرئة الليفينية من تكرار الاختبار الذي ذكرته في الاحتقان الرئوي . على انك اذا وضعت تحت المنظار المعظم الغشاء الفاصل لاصابع ضفدع حية ونبهتهُ بقرصٍ او باحد الكاويات رأيت ان أوعيتهُ تتمدد اولاً ثم تحتقن وهذا ما يسمى بالدور الاول او الاحتقاني . ثم تخرج الكريات البيضاء ويرشح في النسيج الوعائي البيني مصلٌ فاسدٌ يجرُّ معهُ بعض كريات حمراء فينقلب الاحتقان التهاباً ويكون الترشح الى خارج الاوعية اول طور لهذا الالتهاب . فاذا طابقنا هذا الحادث الحسّي والجليّ على الالتهاب الرئوي

وما تقدم من الاحوال سهل لنا الوقوف عليه على رغم ما يبدو في بادئ الامر من الاشكال

ان تمدد الاوعية في الدور الابتدائي لا يلحق بالاوعية السخنية فقط بل البينية ايضا . فالاولى تتمدد وتتعرج فتنتشر في داخل الخلايا الهوائية فتشغل جزءا منها من تجويفات المتوية . والثانيــة تواصل التهيج وتجعله يصيب ناحية كاملة من الرئة بخلاف ما يشاهد في الالتهاب الرئوي الشعبي او ذات الرئة الجزئية

حينئذ يسرع ترشح الكريات البيضاء والمصــل الدموي في باطن الخلايا الهوائية والانسجة البينية فلا يلبث الجزء المصاب من الرئة ان ينطفئ بتعزز لايعيقة حائل . فمن ثم يستفاد ما الذي حمل على تسمية هذه العلة بالالتهاب الرئوي الفصي لا لانها تصيب فصاً كاملا بل لانها تصيب على النوع نفسه جميع اركانه المقومة وهي الفصيصات والانسجـة الخلالية . ومع ذلك تبقى جدران الخلايا الهوائية والكريات البشرية الخاطية منزهة عن كل آفة (١)

قد يتفق ان تقف الاعراض في نهــاية دور الاحتقان والارتشــاح كالدكتور جاكود فيتسهل حينئذ تشرب السائل سريعاً . فان لم يتم ذلك تحول الدور هذا الى التكبد الاحمر

ما الفرق بين هذا الدور ودور الاحتقان ؟ ان الفرق بينهما انما يتوقف

---

(١) مباحث الدكتور اوفريس تناقض هذا الراي الاخير

على حادث كبير الاهمية وهو ان المادة المرتشحة تتحوّل في صورتها وينقلب السائل جامدًا وعليهِ فقد كان من الممكن تشرّبه تمامًا قبل الحؤول اما بعده فيمسي متعذرًا ما لم تتسايل المادة ثانيةً

ان تصلب المفرَز الذي أحال جزءا من الرئة الى جسم كثيف يتمكن والحالة هذه من ادراك اللغط النخي وذلك لسببين اولا للاشاة اللغط التنفسي في كامل الجزء المصاب. ثانيًا تجمده فيصبح موصلًا جيدًا للصوت فينقل الى الاذن اللغط الشعبي الذى يحجبهُ عادةً اللغط التنفسي .وحينئذٍ يتمّ التكبّد الاحمر

لكن كيف يتمّ التشرّب ؟ ان المفرَز يبقى اربعة اوخمسة ايام في حالة التجمد لا يتشرّب ثم يطرأ عليهِ من التغيرات ما يسبّبهُ

كيف يتمّ هذا التغيّر ؟

ذهب قومٌ الى ان ذلك انما ينتج عن عمل معاكس لما يحدث في بدنهِ . وزعم آخرون ان الطبيعة قد تأتي بكمية وافرة من كلورور الصوديوم (ملح الطعام) بحيث اذا مست المادة المتجمدة حالتها وهم يؤيدون ما يذهبون اليهِ بوجود كلورور الصوديوم في البصاق وتناقصهِ من البول

اما جمهور الاطباء فيفسرون الان تجمد المفرَز وتسايله بدوران الجسيمات الطبيعي التي هي سبب ذات الرئة

لكن مهما كان الامر من التفسير فان المفرَز الذي يكون في الخلايا الهوائية اذا ما تسايل نُفث قليلًا قليلًا بينما ان الذي يكون ما بينها تتخذه

الاوعية اللينفاوية فيندفع الى الدورة . ولما كان هذا المفرز مؤلفًا عن زلال فاسد لايتمثل كان ينشأ عنهُ في بعض الاوقات بولٌ زلاليٌّ خفيف

اما تشرُّب الاوعية اللينفاوية فيتبيّن عما يُشاهد عند الكشف الرمي . فانك ترى احتقانًا في الاوعية اللينفاوية المركزية والتي تحت الغشاء المجنب للرئة واحيانًا تشرب حقيقيا في الاوعية الرئوية هو نتيجة ما يقتضيه التشرب من زيادة العمل . وقد تحتقن احيانا في هذا الدور ايضًا العقد الشعبية

تختلف سهولة التشرب على اختلاف احوال العليل فكلما كان العليل حديثًا كان التشرُّب في العموم سهلًا وسببهُ ان العليل كلما كان صغيرًا كانت اوعيتهُ اللينفاوية اشدّ اختراقًا . فهذا هو الطرز الذي بهِ تترقى العلة الى الشفاء

اذا تكوَّن التكبُّد السنجابي تتجمَّع الكريات البيضاء في الخلايا الهوئية وخلال النسيج البيني الموصل وتفسد جدران الخلايا التي كانت قد بقيت سالمة وتصاب جدر الاوعية نفسها ويمتزج الدم بالقيح ويصير النفث شبيهًا بعصير قرسيه فيمسى مميزًا للتكبد السنجابي وموشكًا ان يكون دليلًا قطعًا على انتهاء العلة بالموت . فان لم يمت العليل فقد يتكوَّن خراجة رئوية عن تمزيق الخلايا الهوئية ويتجمع الصديد بعد ترشحهِ في جيب واحد

ان الخراجة الرئوية لنادرة في ذات الرئة الليفينية فاذا تكوَّنت فاما انها

تستطـرق الى الشعب فتحدث تقيوءا رئويا يندفع شيئاً فشيئــاً واما الى التجويف البلوري فتثير فيها ذات جنب حاداً او استهواء صدريا صديدياً.

وقد يتفق في النــادر جداً ان تتكيس الخراجة لما يعتري الانسجة البينيــة الدائرية من الالتهاب فيستولي على البؤرة الحؤول الدهني او الترصيع الحجري

قد أورد الاستاذ جاكود حادثاً نشره السنة الماضية وبيّن فيــه ان التعفن الصديدي يمكن ان يخلف الخراجة الرئوية

قد تنتهي ايضاً ذات الرئة بالغنغرينة وقد لا تنحل فتؤول الى ذات الرئة الجبنية التي تكون من اشكال التدرن وتسمى بذات الرئة الدرنية كما سيأتي الكلام

اعلم ان ذات الرئة من الآفــات المهمّة التي لاتحــدث ما لم تجرّ اضطرابات كبيرة في كل الاقتصــاد الحيوي فيفسد الدم وتزيد ليفيتــهُ من ....١/٠ الى ....١٠/٠ كما اثبته الدكتوران أندرال وكاڤاره فيما اتيا به من المباحث. وفضلاً عن ذلك فان هذا الدم يحتوي الذريرات التي تكلمنا عنها في الارتشاح الرئوي وينقلها الى الانسجة المختلفة فيعرب عمــا نشاهده في ذات الرئة الفصية من الاشتراكات واخصها التهابات السحايا. وقد نشر هذه السنة احد اصدقائي الدكتور نيتر مقالةً في السجلاّت الطبية العامة وبيّن فيها ما للجسيمات الرئوية من الاهمية في دوران بعض التهابات سحائية حادة مفصحاً عمّا وجده من هذه الجسيمات عينها في الصديد السحائي والارتشاح الرئوي ذلك في المرضى الذين تخطفهم الالتهابات السحائية مدة ذوات الرئة الفصية

ان وجود النواة الرئوية مما يُحدث اضطراباً في الدورة فيكشف عن فساد في توزيع الدم في القلب . وعليهِ فيحتقن التجويفان القلبيان الايمنان والمجموع الوريدي الاجوف وتتهيج الاحشاء المختلفة كالكبد والكليتين

ان حلول ذات الرئة في الجهة اليمنى هو في الغالب اكثر منهُ في اليسرى وقد يكون في الاثنتين وأشدّ تواتراً في القاعدة والوسط منهُ في القمة . فاذا استقرت في القمة كانت علة رديئة الطبيعة لاسيما في نحاف البنية أو اذا ما كانت دنية

١٧١ الاعراض . الدور الابتدائي . يستجيبك اغلب المرضى اذا سألتهم عن بداية مرضهم انهم شعروا فجأةً بنافض ونخس خاصرة ولكن اذا كررت السؤال ودققت في الكشف وقفت على انحراف عام وتهمٍ ووصمةٍ وقرف وحزن خفيف قد سبقنَ في البعض العرضينِ المذكورَينِ آنفاً منذ ثلاثة او اربعة ايام . وتجد في آخرين التهابات شعبية طفيفة قد تقدمتها منذ ايام . فيكون اذن هجوم العلة متدرجاً الاَّ انها قد تثب في بعض الاوقات بغتةً من دون ان يدل عليها عرضٌ البتة . فيستمر العليل ساعتين او ثلاث قلقاً ويشعر بوصمة وحرارةٍ باطنة ثم يفاجئهُ نافض متوحد تختلف مدتهُ من ربع ساعة الى ساعتين وثلاث فيضطرب المصاب لنفضات تسير في كل بدنه وقد يصرُّ لها الاسنان . وقد يشتد النافض الى ان يهتزَّ السرير المضطجع عليهِ لزيادة حراكه . فحينما ينتهي النافض تفد الحمّى فيمسي النبض ممتلئاً وقوياً

ومتواترًا ويشعر العليل بصداع وتكسر في أعضائه . فتارةً يكون منحطًا وأخرى قلقًا ووجههُ احمر قرمزي ووجنتاه وشفتاه منتفختان وعيناه جاحظتان بياضهما بين قليل الاحتقان وكثيره وجلده سخن وعطشه حادّ وقابلية لأكل مفقودة ولسانهُ مغشّى بطلاء مبيض . وقد يصحب ذلك تقيّوء واحد او ثنان وترتفع الحرارة دفعةً الى ٣٩ ْ ويبدو نخس الخاصرة بعد النافض باثنتي عشرة او اربع وعشرين ساعة

ان نخس الخاصرة هو في الغالب ثابت وشدتهُ تختلف كثيرًا فيتوقف تارةً على ألم واخز ومحدود يزيده حدّةً كل من الحركة والعناء والسعال او لعطاس واخرى يكون ألمًا منتشرًا هو بالاحرى كرب لا ألم حقيقي . ومقرّهُ غير ثابت فيجاس وقتًا على مساواة لثدي او تحتهُ قليلا من الجهة المصابة وحينًا يشغل الناحية الابطية . ومن النادر ان يرتكز في الناحية الصدرية الخلفية . وقد شوهد في بعض الاحوال بديًا في الجهة السليمة . واعلم ان نخس الخاصرة قد يبلغ عند نشأتهِ آخر حدٍ من الشدة فيستمرّ يومين او ثلاثة . وفي الغالب يتناقص شدّةً بعد ساعات

البهر يصحب نخس الخاصرة الاّ انهُ يختلف بحسب الاشخاص وهو أخفّ مما يكون في الالتهاب الشعبي الشعري اوالالتهابات الشعبية الرئوية الثقيلة . ويمتاز بتزايد عدد التنفسات التي تبلغ من ١٨ الى ٣٠ و ٤٠ في الدقيقة وهي تكون قصرى وأقل اتساعًا من مألوف عادتها . فمن المقرَّر ان لنخس الخاصرة فعلًا كبيرًا في توليد البهر لمنعهِ العليل عن التصعد الا انه

لايكون لعامل المهم في حدوثه اذ قد يوجد البهر والشدة عظيمة في اشخاص
لم يبد فيهم نخس الخاصرة . لكن مهما كان الامر من ذلك فان التنفس
في صحب ذات الرئة لايكون من الافعال الغريزية انما هو ظاهرة شاقة
لابد لابدائها من معونة لعضل التنفسية العرضية . أما في الاولاد فتجافي
جنح ، لانف عند شهيق هو من الادلة البينة على وجود البهر
حين يتناقص نخس الخاصرة يزداد البهر في دور التزايد كله فيصير
الكلام قصيرًا متقطعًا وشاقًا ثم تحمرّ الوجنتان احمرارًا ناصعًا تارةً من
الناحيتين وأخرى من ناحية واحدة الاَّ انها تكون في العموم الناحية المقابلة
لمركز الآفة
يبدو السعال في اليوم الاول او الثاني من نشأة المرض فيكون في البدء
جافًا نوبيًا يستصحب بصعوبة نفثًا لا صفات له ينقلب مميزًا لعلته في اواخر اليوم
الثاني او في بحر اليوم الثالث . فهذا النفث المسمّى بنفث ذات الرئة يمتاز
بالصفات الآتية: يكون لزجًا شديد اللصوق في المبصقة بحيث لا ينقلع عنها وان
قلبت . احمر اللون كثير الزبد وهو المسمّى بالبصاق الأصدأ ذا أهمية كبيرة
في التشخيص كأنه يجعل الآفة حاضرة أمام عيني الطبيب . الّا انهُ لا يكون
في جميع المصابين ولا يشاهد في الطفل لانهُ لا يعرف يبصق ولا في الشيوخ
لان العلة انما تكون فيهم في الغالب من غير نفث . وقد يكون مفقودًا في
كثير من المصابين بذات الرئة الانحطاطية . على انهُ يرى في الالتهابات
الخالصة التي تستصحب اعراض ذات الرئة العادية التي من شأنها ان تجعل

التشخيص سهلاً وينتفي في الالتهابات النغلة لانتفاء ردّ الفعل فيها وتناقص الاعراض وزوالها. وقصاراي انهُ يفقد عند الاحتياج اليهِ في تشخيص العلة

قد اسلفنا ان الحمّى تثب منذ البدء فتبلغ الحرارة ٣٩° ببعض ساعات ثم تهبط قليلاً في اليوم الثاني صباحاً وتبلغ ٤٠° مساءً وتنخفض يسيراً في اليوم التالي صباحاً وتتجاوز في الغالب الدرجة ٤٠° مساء ذلك مدة يومين او ثلاثة فتشاهد فيها فترة صباحاً ونوبة مساء تزداد فيها الحرارة درجة عما تكون عليهِ في المساء السابق. فحينما تقف الحرارة يتمّ الدور التهيجي او الارتشاحي ويبدأ دور التكبّد الاحمر اي ينتهي دور التزايد ويليهِ دور الوقوف

دور التزايد . العلامات الطبيعية التي تبدو في هذا الدور تأتي بدلائل مبهمة

١ً النظر . يشير الى ازدياد في عدد التنفسات واحياناً الى ثبوت احدى الجهتين المصابة من جرى الالم بالنسبة الى الاخرى السليمة

٢ً الجس . قد يكشف عن تعاظم في الاهتزازات الصدرية

٣ً القرع . يشعر القارع بزيادة تصادم لاصبعهِ تجاه الجهة المصابة. فان لم تزل العلة في بدئها سمع في بعض الاوقات صوت طبلي لا يمكن الوقوف عليهِ الا في النادر. فهو نتيجة ارتشاح في باطن الخلايا الهوائية عاجز عن ملئها وكاف لضغط ما تحويه من الهواء الذي يعاون على حدوث

بفترات وقت محدد . ولكن هذه خلة عرضية لاتستمر الا ساعات ثم يتوقف الارتشاح وينقلب الصوت الطبلي خفياً ثم اصم

٣ الاستقرار . يدل في بدء الامر على وهن اللغط التنفسي في ناحية مصابة وعلى تكوين لغط خصوصي سموه بالخرخرة الفرقعية . وهي خرخرة مؤلفة من فرقعة كثيرة ناشفة دقيقة متساوية تبدو دفعات ولاتسمع الا في شهيق حتى في النصف الثاني منه فقط . كما انها لاتسمع احياناً ما لم يتنفس العليل شديداً وقد لايسوغ ادراكها الاّ في التصعدات وفي شهيق ما يلي السعال

وقد حاول بعض المؤلفين ان يمثلوا لغط هذه الخرخرة فمنهم من شبهه بما ينشأ من الصوت عن رض الشعر قرب الاذن ومنهم بما يبديه مسحوق الملح عند قذفه في النار

وقد نسبوا هذه الخرخرة الى اللغط الذي ينتج عن الخلايا الهوائية حينما تنفصل عند الشهيق جدرانها المتلاصقة لما تحويه من الارتشاح . وهذه هي الخرخرة الفرقعية الاصلية . غير ان التغرقع الرئوي قد يبدو على صفات مختلفة وعليه فقد تكون فقاقيع في عدد غير متساوية غلظى ورطبى تقارب كثيراً الفرقعية المدونة التي تختص ببعض التهابات شعبية لا سيما بالشعرية . وهي تحدث في الاطفال والشيوخ . فهذه هي اعراض دور التزايد الا انه لايتم ادراكها ما لم يصحب الالتهاب سطح الرئة وقد يستمر اكثرها في دور الوقوف

دور الوقوف . تدوم الحمّى حينئذٍ بين ٣٩° و ٤٠° مع ما يلحقها صباحاً من الفترة الخفيفة . فتضطرب الاعضاء الرئيسية اضطراباً مختلفاً وتشترك في التهاب الجهاز التنفسي بين القليل والكثير فيسرع النبض ويصير عريضاً ومقاوماً متردداً بين ١٠٠ و ١٢٠ ضربة في الدقيقة . وقد يكون في الاولاد من ١٤٠ الى ١٨٠ اما في الشيوخ فقد يكون مزدوجاً وغير متسق

قد يضعف القلب فيبطأ نبضانه ويبدي عند الاستماع الغاطاً صماء رديئة الضربات فتغيب حينئذٍ الراجعة الراحية . على انهُ اذا ما غمزنا بالاصبع في الحالة الصحية الشريان الكعبري في الناحية الرسغية بحيث نحي قطره مكّنت الراجعة الراحية من الشعور الوقت وتحت محل الضغط على الكعبري نفسه بنبضان ينتقل اليها عن تفممها بالزندي . فغيبوبتها تكون من الادلة البينة على ضعف القلب

من المرجح ان اضطرابات الدورة من شأنها ان تحدث الهذيان الذي يبدو في هذا الدور وهو هذيان خفيف ساكن . وقد يقلق العليل ويهذي شديداً فينتهض ويصرخ ويثرثر فيكون والحالة هذه مستخمراً فيدركهُ التسمم الكحولي بهذيان جنائي هائل او اعراض عصبية لا نسبة لها مع العلة الرئوية كما علمهُ الدكتور تروسو

اما من جهة الاعضاء الهضمية فيُغشّى اللسان بطلاءٍ مبيض ويصير العطش حادّاً وشهوة الأكل منقطعة والتقيوء نادراً والاسهال أندر . اما الاطفال فيعاودهم الاسهال واما الشيوخ فيميل لسانهم الى الجفاف ويُجلّل

والاسنان بمادة هبابية اللون . وقد يشاهد يرقان خفيف يكون في الغالب عرضياً سريع الزوال وقد يشتد احياناً فيقوم ذات الرئة الصفراوية

يضطرب ايضاً الافراز البولي فتنقص كميته ويزداد ثقله النوعي من بدء دور الوقوف الى نهايته . اما البولينا فتزداد كمية واما الاملاح (كلورور) فتنقص كثيراً حتى انها تنقطع احياناً بالكلية واما الزلالية فمتواترة

من الاعراض الاكثر حدوثاً في ذات الرئة صداع جبهي حاد ينشأ من اول المرض ويستمر هو وشدته بين يومين وخمسة ايام ثم يتناقص قليلاً قليلاً الى ان يزول في نهاية الاسبوع الاول

قد تخور القوى ويكتسب المبتلى هيئة تتغير كثيراً فيبدو محتقن الوجه متقلب الاضطجاع كثير الاستلقاء على ظهره او على الجهة المصابة

تتنوع الاعراض الطبيعية او تشتد قليلاً في دور التكبد الاحمر

١ً الجس . تزداد الاهتزازات الصدرية ازدياداً بيناً

٢ً القرع . يمكن من تقرير الصمم وما يلاقيه الاصبع من المصادمة

٣ً الاستماع . يشير الى ان الخراخر الفرقعية قد انقلبت ظاهرة جديدة تشف عن تصلب الرئة اعني عن ظهور اللغط النفخي الشعبي الذي يسمع في نشأة ذات الرئة وقت الزفير وفي آخرها وقت الزفير والشهيق انما يدعى شعبياً لتكونه في الشعب . اما نغمته وشدته فتختلفان باختلاف حجم الكتلة المتكبدة . فاذا ما كانت ذات الرئة قليلة الاتساع وكانت النواة المتصلبة توصل الى اذن المستمع لغط الشعب الدقيقة القطر امتاز اللغط بما

للغط النفخي الشعبي من الصفات العادية. اما اذا ما اتسع الالتهاب فيسدّ الشعب المتوسطة والدقيقة ويصل رأساً الى الاذن لغط الشعب الغلاظ الذي قد يشتبه احياناً باللغط النفخي الكهفي . وقد تشتدُّ العلة بحيث يملأُ التجمّد الليفيني قطعةً من الرئة بكمالها شعباً وخلايا فيتعذر دخول الهواء ويزول كل لغط ولا يشفُ الاستماع الّا عن الصمم التام كما يحدث في ذات الرئة المجسمة للدكتور كُرَنْشِه

قد يخلف في الغالب اللغطُ الشعبيُّ الخراخرَ الفرقعية فيحتل موضعها. وكثيراً ما يكون الدليل الوحيد السماعي على التكبُّد الاحمر . الّا انهُ في بعض الاوقات يشارك الخراخر الفرقعية فيشغل مركز البؤرة والخراخر تنبثُّ في دائرتها

لابدَّ من ذكر الدويّ الصوتي بجانب اللغط النفخي لحدوثهما في الوقت نفسه ورجوعهما الى سبب واحد: فان زيادة الصوت يسهل تقريرها بوضع الاذن على مساواة اللغط وحمل المريض على التكلم عالياً فيبين حينئذٍ ان الصوت يدوّي في الاذن دوياً شديداً . وان بقيتَ على ريب فيهِ فضع الاذن على نقطة أُخرى من الرئة فترى ان ثمَّ حادثاً مرضيا ممتازاً يُدعى بالصوت الشعبي

١٧٢ السير . لا تبقى ذات الرئة مقتصرةً على ما اصابت اولًا من النقط الرئويّة بل تنتشر في بضع ايام في نواحٍ جديدة ومن المستصعب جدًّا تدارك الجهة التي تمتدُّ اليها . فقد تبدأُ غالباً النواة الرئوية في سطح العضو

وقد تشفى حينئذ طبقة الغنّة فتحجب اعراضها السماعية لما يتمّ في الجزء السليم من الاصوات الدفونية . وقد تنتفي الاعراض القرعية والسماعية مدة العلة كلها بيد ان ذلك نادر . ثم ان الالتهاب لايستولي شيئاً فشيئاً على الرئة المصابة فقط بل يكتسب الأخرى ايضاً فتسمى العلة والحالة هذه مضاعفة ومنه فتصاب الرئتان على التوالي لا بالمعية . والعلّة التي تكون متوسطة لا تضاعف الّا في اليوم الحادي عشر او الثالث عشر . ويكون بدء الثانية في العموم خفيا لا نافض يصحبها ولا ألم ولا تنوّع في النفث أو السعال بل احياناً ازدياد في الحمّى والبهر . والملخص انهُ لايمكن الوقوف على زمن هجومها الّا بتوسط القرع والاستماع كما ان الاستماع ممّا يدل ايضاً على ندرة ثبوت ذات الرئة في دورها الاول . اما انتقالها منهُ الى الثاني فيكون سريعاً ويبدو النفط الاسطواني في اكثر المرضى من اليوم الثالث الى السادس

تزداد اكثر الاعراض في العموم الى ان تبلغ العلة دور الوقوف الّا الصداع فانهُ يتناقص والّا النفث فانهُ قد يفقد لونهُ الاحمر وينقلب نفثاً نزليا

١٧٣ المدة . متغيرة وما قرروهُ من الدور البحراني في اليوم التاسع فلا يُعتمد عليهِ اذ قد يكون البحران قبلهُ واحياناً بعدهُ

١٧٤ الانتهاء . ١ً التحلُّل . حينما ينتهي الداء بالتحلل تتناقص الاعراض الحمّوية غالباً . فتكون حالة العليل شديدة ودرجة حرارته مرتفعة ثم تهبط هبوطاً قد يتجاوز درجة ونصفاً وتأخذ في التناقص الى ان تبلغ في ٣٦ او ٤٨ ساعة الدرجة الصحية . وقد يسبق احياناً هبوط الاعراض

ارتفاع فجائي في الحرارة وهو ما سماه الاقدمون بالاضطراب البحراني . فيسترجع البول مميزاته ويصير غزيرًا صافياً وتنقص البولينا والحمض البوليك وتزداد الاملاح الى ان تبلغ كميتها ضعف ما هي عليهِ في الحالة الصحية . وحينئذٍ يبدو في البول زلالٌ خفيف يدل على تشرُّب الارتشاح الليفيني الناشئ عن الكتلة الرئوية الملتهبة ونفوذه في الدم . وقد يحدث ايضاً عرق غزير واسهال ونفاط حزازي في الشفتين يتزَّل منزلة دليل تعريفي لا يخلو من الاهمية وهو في العموم من علامات التحلل

عند ما يبدأ الهبوط يستريح العليل راحةً تامة وينقطع البهر ويسهل النفَس وتعود شهوة الاكل . غير ان السعال يبقى كما هو عليهِ وهو محمود لانهُ يعاون على تفريغ ما يُرشح من السائل . وهو سهلٌ غزيرٌ يصحبهُ نفث فاقد اللزوجة والشفوف فيصير غليظاً شبيهاً بنفث الالتهاب الشعبي الحادّ في دوره النضجي . وقد تتنوَّع الاعراض الطبيعية في هذا الدور . فمن أخص الدلائل السماعية خرخرة الرجوع الفرقعية التي تختلف عمَّا تكون عليهِ في الدور الابتدائي بغلظ فقاقيعها ورطوبتها واستماعها في زمني التنفس . وتكون دليلاً رئيسياً على نفوذ الهواء في الرئة . وقد تشترك غالباً عند نشأتها في اللغط النفخي . اما التجمد الرئوي فيزول شيئاً فشيئاً غير ان الخرخرة بخلافهِ فتزداد الى ان ينقطع اللغط تماماً . وقد تتألف هذه الخرخرة عن فقاقيع غُلظى ورُطبى ثم تغيب ويحلُّ محلها اللغط التنفسي القانونيُّ

يتناقص في هذا الدَوَران كلٌّ من الصمم والمصادمة للاصبع وزيدة الاهتزازات الصدريَّة . لكن لا تسترجع الرئةُ المصابة الرنين القانوني الّا بعد زمنٍ طويل . وقد يبقى احياناً اللغط التنفسي خشناً في النقطة الملتهبة

٢ً التقيّح . اذا اوشك التقيح ان يقع اي اذا دنا التكبُّد السنجابي فينبغي توجيه الفكر الى دَوَران هذا التكبد عندما يتقرّر منذ ايام اللغطُ الشعبي الخالص الذي لا تمازجهُ فرقعةٌ . وتبدو ممتازة في النقط نفسها خراخر غليظة ورطبة أو خراخر مخاطية منتشرة لاسيما اذا ما دفع العليل بصاقاً نادراً غليظاً وسخاً لونهُ أشبه بعصير عرق السوس او القراسيا . فتتشارك الظواهر والحالة هذه في شدة الاعراض العامة ويضطرب الوجه ويصفرُّ ثم يزرقُّ ويبينُ النبض ويزيد تواترًا وتخور قوى العليل فيضعف وينحطّ . وقد يتعاظم البهر وييبس اللسان ويسودّ وتزول تقاطيع الوجه ويصير النبض ضعيفاً متقطعاً وغير متساوٍ . ثم يهذي العليل هذياناً خفيفاً فيسبت ويعرق بدنه عرَقاً لزجاً ويضطرب نفَسهُ فيفاجئهُ الموت

لا يُظن ان ذات الرئة لا تُميت الّا اذا ما تكوَّن التقيح فان ما يرافقها من الثقل والشدة واتساع الآفة من شأنهِ احياناً ان يثير الخناق في مدة الدور الثاني نفسها . وبالعكس قد يتفق ان يقاوم العليلُ التقيّحَ زماناً يكفي لتجمُّع المِدَّة وعليهِ فاما ان يموت العليل قبل استفراغ الخراجة واما انهُ يدافع الى ان تكون أُستفرغت

اذا ما استطرقت الخراجة الى الشعب بين ١٥ او ٢٠ يوماً دفع العليل قشاً صديديا وسنجابيا قذراً ومصفراً ومدمّياً لا رائحة له او خنزرا وغنغرينياً ومن النادر ان يكون فلغمونياً ومحموداً . وقد تقذفهُ نفضات السعال غير انهُ اذا ما استطرق بغتةً الى الشعب وا لكمية وافرة اندفع امواجاً في اثناء التقيّئات . ثم انهُ يحل بعد ايام محل البؤرة اعراض كهفية كاللغطين النفخي والقراقري تدلّ على تكوُّن تجويف داخل الجوهر الرئوي . اما اذا ما كانت الخراجة سطحية قد استطرقت الى القضاء الصدري او التاموري فيتكوَّن عنها تقيح رئوي صدري أو تاموري وسيأتي الكلام عنها . فهذه الاشتراكات الاخيرة ثقيلة جداً ولا تلبث ان تجرّ خطراً كبيراً في حيوة العليل . واذا تحجّر الصديد في الشعب ثارت حمّى الدق وقاحت البؤرة قيحاً لا ينقطع فينهزل العليل وتنحط قواه ومع ذلك فقد يمكن حصول الشفاء لتضيق ندبي يطرأ على الكهف المولّد للصديد

قد وقفتُ هذه السنة وانا ممرّض في المستشفى الفرنساوي على خراجة رئوية تمكّنتُ من إيقاف تلامذتي عليها . وقد كانت نتيجة ذات رئة امتلأ التجويف فيها سريعاً فبرأ العليل وترك المستشفى باقل من ثلاثة اشهر بعد دخوله

٣ الغنغرينة . من النادر جداً ان تنتهي ذات الرئة بالغنغرينة وقد تؤول اليها ذات الرئة الثقيلة والمتوسطة الشدة . فيستدل على هذا الاشتراك بخؤور القوى وانحطاط خصوصي وبصاق اسود او أزرق مخضرّ ذي رائحة

كبهة تكفي وحدها تمييزه وفصله عن غيره

٤ً الازمان . قد تنقلب هذه العلة مزمنة فتارةً ينشأ الازمان وقت التكبد الاحمر فيحدث تيبسا في الرئة يتقوم عنه نوع من ذات الرئة الخلية . وأخرى تتحال بؤرة تحللا غير كامل قد ينتهي بعد اسابيع بالشفا . ووقتا ينتهي بذات الرئة الجبنية وهي الدرنية كما بينه الاطباء كرنيشه ورانون وكركوفيه أتوا به من المباحث وأيدته الاكتشافات الحديثة الجسيمية

فصلٌ
في اشكال ذات الرئة

لاتبدو دائما ذات الرئة بالاعراض السابقة التي يمتاز بها الشكل الخالص او لا التهابي. فقد تكتسب دفعةً شكلاً ثقيلاً وهذا لا يكون عن آفةٍ موضعية فقط بل عما يعتري الجسم بكماله من التسمم كما في الشكلين الضعفي والعفني

١ً الشكل الضعفي. هذا الشكل الذي سماه الدكتور بوتن بالتيفودي لايكون فجائيا بل خبيثا . فقد يبدأ بجملة قشعريرات تتكرر نصف يوم أو يوما كاملا ثم ينحط المصاب انحطاطا كبيرا فيأخذه هذيان ثم سبات . وقد تثور الوقت اعراض معدية معوية فيحدث اسهال وفي الغالب تقيئات وتصفر احيانا ملتحمتاه اصفرارا طفيفا وقد يُسمع لغط نفخي عند رأس قلبه

ترتفع الحرارة ويسخن الجلد ويجفّ وقد ينتفي ما من شأنهِ ان يستلفت الفكرة الى جهة الصدر . وقد لا يسعل المريض ولا ينفث ايضاً . فتوهم الاعراض العامة والحالة هذه بحلول حمّى تيفودية غير ان الاستماع يزيل الاشكال ويؤيد ذات الرئة العادية مع هذا الفرق الركني وهو كثرة ارتكازها في القمّة . وهذا الشكل الثقيل يختص بنحاف البنية اما لحزن يقاسونهُ او لسوء تغذية واما لتطوف في الاشغال العقلية او الطبيعية وهو في الغالب قتّال

٢ً ذات الرئة العفنية . تنتشر العلة في هذا الشكل وبائياً كالاوبئة التي تحدث في العيال والسجون والاحياء . وقد تبدأ نظير الشكل السابق أو أقلّ خبثاً منهُ بيد انها تمتاز بارتفاع الحرارة ومسّها الاعضاء المصابة بالعلل الوبائية فيحجم الطحال سريعاً ويتألم . ثم يشفّ الاستماع عن لغط نفخي يكون في ناحية القلب دليلاً على التهاب شغافهِ الذي قد يشتدّ كثيراً فيتوقف الانذار عليه ويكون من اهمّ اعراض الآفة القلبية . وقد يصحب التهاب الشغاف احتكاك يدل على وصول العلة الى التامور

وقد تصاب الكليتان ايضاً فتعربان عن آفتهما ببول زلالي يكون احياناً غزيراً . ويتضخم الكبد فيتألم قليلا وينشأ عنهُ اليرقان

يتواتر الاسهال ويرافقهُ في الغالب انتفاخ بطن يتير والاجربة اللا مجرى لها كما تؤيده الاكتشافات الرمية الكثيرة . وقد يكون التهاب السحايا من الاشتراكات المتواترة لهذا الشكل من ذات الرئة ذلك بالنسبة الى غيره

٣ ذات الرئة متقطعة . ن الشكل المتقطع هو من ظاهرات التسمم الاجامي وهو على نوعين : فالاول هو الذي اسلفنا الكلام عنهُ في مبحث تهيّج رئوي لا تتجاوز فتة الاحتقان ويتلاشى مع النوبة الحمّوية فتكون الفترة كاملة في الحمّى وفي الارتكاز الرئوي الذي يصحبها . والثاني تبقى فيهِ الآفة تتكبد فيتكوّن بوءرة رئوية تبدي ما للتيبس الرئوي من الدلائل كالخراخر الفرقعية ولغط النفخي الشعبي . والنفث يكون أصدأ قرميدي اللون والدورن لدى المشاهدة يختلف عمّا يكون عليهِ في التهيج المتقطع . واعلم ان الاعراض الاستقصائية تستمرُّ عندما يتألف التكبُّد ولا تتوارى مع النوبة الّا اذا ما تسيلت البوءرة. وقد ينشأُ بعد النوبة الحمويّة الابتدائية عن البوءرة الثابتة حُمّى خفيفة تكون مترددة لا متقطعة

قال الدكتور جاكود ما ترجمتهُ . « حذارِ من ان يحملك الظن الى ان تتحرّى تقطع الظواهر الحمويّة التام والخالص في بيان مثل هذه الحوادث ومعالجتها . فان الامر لا يكون كذلك انما سير الآفة المترددة هو الدليل الوحيد على التأثير الاجامي في مثل هذه الحوادث . فان تعمّدت التقطع ووجهت الانتظار اليهِ شاهدت عياناً هلاك العليل . فمن الخطاء الجسيم ان ينسب الى ذات الرئة المتقطعة صفات تقطع حقيقي اذ تكون الآفة الالية التي ترافق الحمّى هي نفسها ثابتة وحمويّة الطبع . فاذا تمكنت من بيان هذه الاحوال استلزم الداء الشفاء وقد يبرأُ سريعاً اذا أُحكم التشخيص قبلئذٍ وآذن حالاً باستعمال الكينين . واذا أوهم التشخيص بوجود أصلٍ

اجامي فلا تنتظر ان ينقلب الوهم حقيقةً بل اسرع في الحال قبـل زوال الحمّى وأعطِ مقـداراً وافرًا من الكينين • فـالاجدر بكَ ان تخطئَ بالتطرُّف لا بالنقصان » • جاكود في مشاهداتهِ الطبيـة في مستشفى رحمة (١٨٨٦)

٣ً ذات الرئة في الشيوخ • تسير العلة فيهم سيرًا خصوصياً قـد تبدأُ غالباً بهذيان خفيف ساكن من غير نافض ولا نخس خاصرة • واذا استقصيت العليل وجدت جلده سخناً وجافاً ونبضهُ سريعاً الّا انهُ قد يحدث تخالف بين الاعراض الحمّويّة فيكون الجلد حارًّا والحرارة مرتفعة والنبض مع ذلك يبقى على مألوف عادته ولا يزيد تواترًا بل يكون في الغالب مزدوجا • فيرفض العليل غالباً الاطعمة ويقبل الاشربة الّا انهُ لا يطلبها فينحف كثيرًا ويتعب اذا ما اراد الجلوس • ولسانهُ يابس كانهُ مشويّ • اما من جهـة الصدر فلا شيء يستلفت الاصغاء اليهِ لا نفث ولا نخس خاصرة ولا سعال او قليلٌ منهُ وقد يزداد قليلًا عدد التنفسات • بينا انهُ على رغم ذلك لا بد من استقصاء الصدر بروّية وتأنٍّ لان الاسراع لا يجدي نفعاً • فامعن اذن النظر عند استقصاء الدلائل الطبيعية في الشيوخ لخفائها في أغلب الاوقات اذ يتفق ان تستقصي الصدر من أمام ومن وراء وفي قمّة الرئة وقاعدتها ولا تتبين شيئاً • فلا تكتفي بذلك بل كرّر التفحص واجهد الفكرة فتجد في الغالب تحت احد الإبطين في نقطة محدودة دفعـة خفيفة من الخراخر الفرقعية او لغطاً نفخياً محدودًا جزآء ما تتحرّاه من الفحص المدقق

وقد تظهر الاعراض حياناً أقلّ شدةً على خلاف ما تكون عليه فيتفق ان يصاب الشخص بالتكبد السنجابي في جزء كبير من رئته ولايشكو الا كرب خفيف فيذهب ويأتي ويأكل ويشرب الى ان يفاجئهُ الموت بغتةً . وعليه كان لابدَّ من الالتفات الى أدنى اضطراب في صحة الشيوخ اذ تصحب فيهم الآفات الثقيلة باعراض خفيفة

ذات الرئة في الاطفال . لهذه العلة في الاطفال اعراض خصوصية تمتاز بها على ان الولد وان لم يتمكن من ابداء العلامات المميزة اما لجهلهِ كالنفث او لقصوره كالألم فلهُ اعراض أُخر تختص بافعالهِ الحيويّة . فلا تتفحص فيهم عن النافض ونخس الخاصرة اللذين بدونهما يتعذَّر عليك تشخيص العلة في اليافع . فهي تبدأُ في الطفل أشدَّ صخبًا منهُ في البالغ ويكون هجومها بتقدم ءم هائل لانسبة بينهُ وبين الاعراض الاخر . ثم يحترُّ الجلد ويسرع النبض اسراعا عظيماً ويزيد النفس تواتراً ويتمدد المنخران عند التنفُّس ويسعل الطفل وييبس فوهُ ويعتريه اسهال فيغتضب ويقلق ولا ينام ويرفض غالبا امتصاص الثدي

اشتراكات ذات الرئة . قد تختلط بالنزلة الشعبيــة لاسيا بذات الجنب . اما اشتراكها في ذات الجنب فكثير جدّا ومن المرجح ان كل مرة مسَّت ذات الرئة سطح الرئة أحدثت التهابا في الغشاء المجلل له بين قليل الشدة وكثيرها . وقد تكون ذات الجنب خفيفة فلا يرافقها ظواهر مهمة وقد تكون أشدَّ فتشارك اعراضها اعراض ذات الرئة ويصحبها

الانصباب . بيد انها قد تبقى بعد غيبوبة الآفة الرئوية التي كانت سبباً له فينبغي والحالة هذه معالجتها بما يناط بها من الوسائط

لا يندر الالتهابان التاموري والشغافي في ذات الرئة . وقد أوردو بعض حوادث عن الالتهاب الابهري . وقد يضطرب الجهاز العصبي نفسهُ بين القليل والكثير فيتولد عنهُ اما الالتهاب السحائي الحادّ واما الشلل النصفي الرئوي الذي وصفهُ اولاً الاستاذ ليبين

النقه . ان ذات الرئة هي من الامراض الثقيلة التي يكون نقهها سريعاً وخالصاً على انهُ لايبقى في العموم بعد رجوع القوى سوى سعال والنقصان في الاتساع الرئوي . وقد يشكو العليل احياناً مدة ايام ألماً يشعر بهِ من جهة الخاصرة وقت التجهد ولغطاً احتكاكياً كما يدركهُ السامع في موضع الألم نفسه وكلاهما يتحان عن ذات الجنب

اما الانتكاس فنادر جداً وقد ذهب الدكتور كريزول الى انهُ يكون في العموم أقلّ ثقلاً من العلة الاولية

١٧٥ التشخيص . سهل في اغلب الاوقات . فالعلامات الناطقة بوجود ذات الرئة نافض يصحبهُ بهر ونخس خاصرة وحمى لاذعة ثم سعال وعلى الخصوص نفث أصدأ قرميدي اللون وخراخر فرقعية ليليا تعقد نفخي

قد يعسر احياناً فصل هذه الآفة اما لانتفاء الاعراض الاساسية كالسماعية في ذات الرئة المركزية والنافض والنفث في الشيوخ واما سيرها

سير لاوبئة فلا تستلفت لاعراضُ الموضعيةُ الفكرةَ حق الالتفات

لما كانت هذه علة متقلبة تتخذ إلها من الاشكال سير آفات مختلفة كان الجدير بنا ان نشخص كلاً من اشكالها المختلفة

١ً الشكل الخاص . ا في اليافع . يتلاقى في بادئ الامر النافض ونخس الخاصرة والبهر في الجدري وذات الجنب . اما في الجدري فيكون الألم صلبياً ويمكن فصله من اليوم الثاني عن ذات الرئة لبقاء الجهاز التنفسي سالماً

اما ذات الجنب فيصعب تشخيصهــا في بادئ الامر فان الاعراض تكون واحدة في المرضين الّا انها تختلف في سيرها . فلا يكون النافض في ذات الجنب متوحداً ومستطيلاً كما في ذات الرئة بل يحول قشعريرات عديدة تتوالى مدة ساعات . اما نخس الخاصرة فأشدُّ منــهُ قوةً وملازمةً وثباتاً في ذات الرئة . واما البهر فيكون في العموم اقلَّ حدةً واشدَّ ارتباطاً بنخس الخاصرة . وينقص لنقصان النخس او زواله . والحمّى تكون اخف ولا تبلغ دفعةً الدرجة التي تصل اليها في ذات الرئة

هاتان العلتان تختلطان لاسيما في دورهما الوقوفي . فيُبدي القرع فيهما صمماً يرافقهُ في ذات الرئة تزايد الاهتزازات الصدرية وتناقصها او زوالها في ذات الجنب بيد ان هذه الظاهرة المميزة قد تنتفي في النحاف الذين يعجزون عن ان يتكلموا تكلماً وافياً لاهتزاز الصدر . ويُسمع لدى الاستقصــاء خراخر فرقعيــة في ذات الرئة واحتكاكات يابسة في ذات الجنب الّا ان

الخراخر والاحتكاكات قد تتماثل احياناً فيتعذر فصلها . يصحب ذات الرئه لغط نفخي شعبي قوي في العموم ورنين في الصوت وصوت شعبي . اما في ذات الجنب فاللغط عذب بعيد والكلام يصل الى الاذن شبيهاً بصوت الماعز. ولكن قد تكون المميزات طفيفة يعسر ادراكها فلا يتسنَّى لنوع اللغط وصفة الصوت ان يفرقا بين الانسكاب البلّوري والارتشاح الرئوي . وعليهِ فيلزم الطبيب ان يستعين بالاعراض العامة ويستشف سير الحرارة وكيفية البصاق ليتمكَّن من الوقوف على التشخيص

ان النفث يكون في التهيج الرئوي متغيّرًا عمَّا يكون في ذات الرئة والحمَّى اقــلُّ حدةً تهبط في اليوم الثالث . فلا صمم لدى القرع ولا اهتزازات صدريَّة لدى الجس

قد تبدأُ الغنغرينة نظير ذات الرئة فتستصحب الاعراض الاستقصائية نفسها الَّا انهُ بعد يسير من الزمان عند الانحطاط ويكتسب البصاق والنفث رائحة كريهة توشك ان تميز العلة الغنغرينية

تنفصل النزلة الشعبية الرئوية عن ذات الرئة الا لتهابية العرف بنشأتها البطيئة ونفثها المختلف قليلًا وسرعة انتقال اعراضها السماعية

تختلط السكتة الرئوية بذات الرئة لما لنفثهما من المجانسة لونا. وتفارقها بانتفاء الهواء من نفثها واختلاف اعراضها الرادَّة للفعل وغيبوبة الحمَّى او قلة اهميتها وتخالف الاسباب المنشئة للعلة

قد يحدث في بعض النزلات الشعبيــة نفث محمرٌ الَّا أنهُ لا يكون لزجاً

كما في ذات الرئة . هذ و نتف الاعراض المساعية والرادة للفعل مما يمكن من تجنب الخطاء

اذ فاجأ مرض ـ د مريض قد يبست رئته منذ زمن لعلة كالتصلب و تـ.ـرن الرئويين وأضيفت ظواهر المرض الحموية الى الدلائل السمعية كالنفط الخفي الشعبي وقعت في الغالب ارتبا كا في التشخيص . غير ـ ن دوران العلة ودوران لدلائل السماعية بعد غيبوبة الحمى ثم انتفاء النفث من شأنها ان تعاون على الوقوف عليه

ب في الشيوخ . لا تدرك فيهم غالباً ذات الرئة الحادة فيكون سيرها تارة خفياً لا يصحبها اعراض تنبه الفكرة فلا يزال المبتلى يأكل ويشرب ويتفرغ لاشغاله على مألوف عادته الى ان يتكون التقيح والتكبد الازرق فيفاجئه الموت بغتة . وتارة يأخذ العليل هذيان وحمى فان لم ينتبه الطبيب الى ان هذه الاعراض معما يرافقها من يبس اللسان وجفافه انما هي المميزة لذات الرئة في الشيوخ فقد يهمل الاستقصاء فيخطأ عند تشخيصه

ت في الاطفال . اذا وفدت العلة بتقلصات وكانت حموية فانبذ تصور التقلصات الذاتية او التهيجية التي تنشأ اما عن سوء هضم واما عن إسنان شاق او عن ديدان معوية . وعليه فلا يدل التقلص والحالة هذه الا على هجوم حمى نفاطية او التهاب حشوي . ثم انه ولو كانت ذات الرئة اشد تواترًا فلا يمكن تقريرها وصرف الفكر عن الحمى النفاطيـة او الالتهاب السحائي الدرني او البسيط الا بعد ٢٤ او ٤٨ ساعة من تكون

الخراخر الفرقعية التي تعرب عن الظواهر التقلصية

٢ً الشكلان الضعفي والعفني • ان المرض الذي يسهل خلطه بهذين الشكلين انما هو الحمى التيفودية . فان العليل يكتسب للوقت وفي اغلب الاحيان منظراً تيفودياً فيغرق في سبات ويهذي ويسخن جلده وييبس لسانهُ ويصير بطنهُ طبلي الشكل ولثتهُ هدابية اللون يشابه تيفودياً في اسبوعه الثاني . فاذا استقصيت الصدر تقف على علامات ذات الرئة الفصية غير ان الإشكال لايزال باقياً . فان المسألة يمكن ان تكون في ذات رئة تيفودية الشكل او ذات رئة فصية في من أصيب بالحمى التيفودية لان النفث يكون في كلتا الحالين أصدأ والنشأة خبيثة وعليه فيبقى الاشكال عظيماً . ولا أرى لحلهِ الاّ الطريقة الاتية : لابدَّ من احد أمرين اما ان يكون الطبيب قد تتبع العلة منذ نشأتها واما انهُ قد أُستدعي لمعالجتها مدة سيرها . فان كان الاول فالعلة تيفودية الشكل اذ ما ظهرت العلامات السماعية والاعراض العامة معاً . وان الثاني فلا بدَّ من الاستعانة بسوابق العليل . فان كان المرض قد ابتدأ من ٥ او ٦ ايام فالارجح انهُ يكون التهاباً رئوياً تيفودي الشكل لان ذات الرئة الفصي لا يشارك الحمى التيفودية في اسبوعها الاول حتى ولو شاركها لاتنتقل هذا التقل في اسبوعها الاولي . أما اذا كان الشخص مريضاً من ١٥ يوماً فالمرجح ان علتهُ حمى تيفودية مختلطة بذات الرئة الفصية اذ قد يُعينهُ الالتهاب الرئوي التيفودي الشكل قبل هذا الدور

الشكل المتقطع . تمتاز ذات الرئة المتقطعة عن الاعتيادية لا بوجود فترات حقيقية بل بتردد نوعي يوشك ان يكون ممتازاً كما بينه الاستاذ جاكود

٤ الشكل المجسم . اما ذات الرئة المجسمة للدكتور كرنشه اذا استثنيت النفث فتشبه بالنظر الى الاحوال الاستقصائية ذات الجنب ذا الانسكاب الغزير . وعلاماتها : صمم وانقطاع تام في الاهتزازات الصدرية وصمت مطلق في الكتلة المصابة بكمالها . وحينما يفقد النفث لا يتسنى التشخيص الا بسير الحرارة والاعراض العامة

ثم انه اذا تشخصت العلة لا بدّ لك من ان تتبين دورها أهي في دور التحلل ام لا . وأحسن الوسائط بعد الوقوف على الاعراض السماعية انما هي تقصي درجة الحرارة

١٧٦ الانذر . ذات الرئة علة ثقيلة لاسيما في الرضع والشيوخ وهي أشدّ ثقلاً في النحيف منهُ في قويّ البنية . ومما يزيد الانذار ثقلاً كل من التشوهات الصدرية والاستهواء الرئوي والالتهابات الشعبية وذوات الرئة السابقة والاحوال الصحية السيئة والافراط في شرب الكحولات. وقد تكون في الغالب قاتلة مهما كان الامر من سنّ المصاب ذلك اذا ما حدثت في اثناء الامراض العامة كالحميّات النفاطية والبولين الزلالي والسكري (داء برَيت والديابيطس) . وقد تكون قتالة ايضاً في المجانين والمفلوجين

أما التهاب القمّـة فاشدّ خطرًا من التهاب باقي الفصوص

من الاعراض ما ينذر انذارًا مهمـاً وخطِرًا وهو : زيادة اسراع لنفس وتواتر النبض الذي يتجاوز ١٢٠ في الدقيقة ثم البصاق الشبيه بعصير لقراسيا أو عرق السوس لانهُ يصحب في أغلب الاوقات التكبُّد السنجابي . عند ما تتنـاقص الاعراض الموضعية وتتزايد للوقت العامة ولا يكون ن الاشتراك ما يفصح عن ذلك يترجّح انقـلاب ذات الرئة تكبُّدًا سنجابيـا . واعلم ان ذات الرئة التيفودية الشكل لأثقل من ذات الرئة لعاديّة

اما ظهور الحزاز الشفهي فمن العـلامات الحسنة لانه تعرب غالبًا ن قرب هبوط الداء وزواله

١٧٧ العلاج . يدور علاج ذات الرئة مع دوران الافكار لطبية و ختلاف التصورات في طبيعة هذه العلة

ذهب الاقدمون الى ان ذات الرئة مرضٌ عام يفد دفعةً ويؤدي به ثنويا الى وقوع ظاهرة موضعية كالتسمم الآجامي الذي يوقع احتقـانًا في الطحال . الاّ انهم اجمعوا في اوائل هذا القرن على انها علة موضعية تؤثر تأثيرًا عامًا ذلك بناء على ما تبينوه من الدلائل السماعية وما أفصحت عنهُ صحاب التشريح المرَضي في فرنسا . ولم تلبث هذه الحالة ان انقلبت فاعملوا لفكر في التقصّي عن اعراضها واسبابها فأدّتهم خاتمة التفحص الى ادراجها ثانيةً في سلك الاوبئة . ثم ان الاكتشافات الجسيمية تنزلها بين الامراض

العفنية الوبائية منزلة لا يمكنها ان تتخطاها البتة

يختلف العلاج باختلاف ما يكون التصور فيها وهو الدال على الطرق الشفائية النافية التي ما زالت تتوالى. فمنهم من يضاد الآفة الموضعية بمضادات الالتهاب كالحمية والفصد والدردي المقيئ والمصرفات وما اشبه . ومنهم بالعكس من يداوي العلة العامة فيحاولون تقوية البدن ليتمكن من مكافحة طالما تقتضيه الحال

لكن على رغم ما استعملوه زمانا طويلاً فان علاج ذات الرئة لا ينبغي ان يكون نافياً ولا قياسيا والَّا ما الفرق بين ذات الرئة الإجهاضية التي تكون اعراضها خفية ودورانها وقتيًا وذات الرئة الالتهابية اذ تشتد الحمى ويزيد نخس الخاصرة ويتعاظم الكرب التنفسي؟ وما الفرق بين القانونية والغير القانونية الخبيثة ؟ فالمشاهدات الطبية اذن وحدها تفصح عما للعلاج القياسي وحده من التصور في مثل هذه الحوادث المختلفة . وعليه فلا بد من علاج يتغير بتغير الاعراض ويتدرج من الوسائط الساذجة الى الفعالة ذلك بمقتضى ما تحمل عليه الظروف المختلفة

ان الطرق النافية والقياسية التي توالت في بدء هذا القرن : الفصد والدردي المقيئ والانتظار والمقويات الكحولية والمضادات للحمى والعفونة

ولكن هل يقتضى علاج ذات الرئة ؟ أليس لها دوران قانوني يقتاد العليل الى الشفاء عند عدم الاشتراك ؟ وقصاراي هل يسوغ او هل ينبغي لنا ان نتعمد الانتظار في معالجة ذات الرئة ؟

طريقة الانتظار. ان هذه الطريقة التي أطرأها في فرنسا الاطباء لويس وبيات وماجندي وقت كان مذهب بروسه حائزًا غاية القبول قد قرّرها الدكتور سكودا في ڤيانه عاصمة النمسا سنة ١٨٤٩ ووافقه في ذلك الدكتور ديَلت . وقد سُمي مذهبهما بالعدمي لإصرارهما على تعمّد هذه الطريقة. ثم انهُ لما تحرّرت هذه الطريقة قالا انهُ من اللازم ان يكون لها ما لغيرها من الدلائل الجازمة . فما هي اذن دلائلها الجازمة ؟ ونحن نجدها في ما أوردهُ الدكتور هانو عن علاج ذات الرئة (١)

قال : « اذا كان المصاب بذات الرئة يافعًا قويّ البنية يصحبهُ حمّى طفيفة لا تتجاوز الحرارة ٣٩½ وكانت الآفة قليلة الاتساع منزهة عن كل اشتراك والبهر ونخس الخاصرة محتملين والعلة في دورها الابتدائي كان كل علاج فعّال لا طائل تحتهُ . كما انهُ ينبغي الانتظار ايضاً اذا ما كانت الاعراض العامة والوظيفية متوسطة الشدة وكان الداء قد بلغ دور التكبُّد والاستماع يدلُّ على تحلّلهِ »

بماذا تقوم طريقة الانتظار؟ هل هي انكفاف تام ؟ كلّا . انما الانتظار ينحصر في مشاهدة عقيمة لايجدر بطبيب ان يلتفت اليها وهو من الامور التي لاتستعمل الّا في النادر من الحوادث

قد حصر الدكتور شَرْكو أركان الانتظار الجوهريّة في قضيتين وهما:

---

(١) علاج ذات الرئة الحادّة . قضية في مسابقة القبول . باريس ١٨٨٠

الانكفاف عن كل علاج فعّال ان لم تلجئ الحاجة اليهِ والمحافظة المدققة على قوانين الحمية

اما وسائط الحمية فقد احسن وصفها الدكتور كرينول في مقالتـهِ عن ذات الرئة وهي: الراحة التامة ولزوم الفراش . وتعادل الحرارة في غرفة العليل ووقوفها في درجة ١٢ ر. وكثيرٌ من الناس خشيةً من التبرُّد يحاولون تعريق العليل املاً في انه يكون بحران ذات الرئة فيمانعون تجديد الهواء في الغرفة التي يسخنونها فوق العادة فضلا عمّا يلقونهُ على المبتلى من الاغطية التي تكاد تخنقـه . فعلى الطبيب اذًا ان يمنع ذلك لان ارتفـاع درجة الحرارة مما يزيد البهر واستنشاق الهواء البارد يكون معاكسًا لهُ

لما كان على العليل ان يـلازم الفراش عادةً كان من الضرورة ان تغيَّر مراكز الشيوخ والرُّضع والضعفاء حذرًا من ان تحتقن الرئتان احتقانًا انفعاليًا ومعاونةً على دفع المخاط الشعبي الذي يصعب نفثهُ في مثل هذه الاحوال الانحطاطية

ومن فرائض قوانين الصحة : ابعاد العليـل عن الضجة وعن كل علة مهيجة و راحة اعضاء الصوت مطلقًا

الحمية لابدَّ منها في العموم وعليهِ فيفيد اعطاء بعض الأغذية السائلة كالمرق والحليب والخمر ايضًا للشيوخ وضعيفي البنيـة واستعمال المشروبات الحـلوة واللعابية . فاذا استكرهها العليل وزاد فمهُ تعجنًا ولم ينقص العطش لم يكن بأس من ابدالها بمشروب حُميضي كمحلول شراب الريباس . ومن

المفيد ايضاً ان يكون البطن مستطلقاً فيكفي عادةً استعمال الحقن او بعض الملينات . فهذه طرق الانتظار ووسائطهُ

لكن قد يشتدُّ الداء في اغلب الاوقات فيستلزم معاونة الطبيب ونحن نورد الان بالتوالي ما أُعدَّ لذات الرئة وأُستعمل من المعالجات والقراض المختلفة

الاستفراغات الدمويّة . هذه الطريقة قد سبق استعمالها بقراطَ نفسه وقد تعمّدها جالينوس فقيل انهُ قد استفرغ ١٦٠٠ جرام من الدم في يوم واحد ثم اخذ عنهُ العرَب وقد صرف الرئيس ابن سينا العناية في تعيين الوريد الذي ينبغي فصده (١) . فان كانت العلة في نشأتها يتخيَّر لصرفها وريداً بعيداً وان في سيرها يؤثر لتحويلها الوريد الاقرب من الالم

قد سادَ استعمال الفصد في القرون المتوسطة وفي اوائل قرننا هذا وقد أطرأهُ الاستاذ بروسه ومُشايعوهُ . فلم تزل نتائجه سيئة وتقويماته رائعة الى ان ظهر سنة ١٨٣٨ الشاب الاديب ألفرد بكريل احد المعاونين في مستشفيات باريس فانتصب مناقضاً لمذهب الاستاذ وبيَّن ما في العلاج النافي والدموي من النتائج السيئة . فلم يحز ما أتى بهِ حسن القبول ولم يتبعهُ اذ ذاك في فرنسا سوى الدكتورين بيات وماجندي . الّا انهُ لم يمرّ عشر سنوات الّا

---

(١) ابن سينا . القانون . الكتاب الاول . الفنّ الرابع . الفصل الحادي والعشرون

اخذ في قيانه العــدميون تحت راية سكودا وديلت يتفحصون عن نتـائج القصد فوجدوا بما تحرَّوه من التقويمـات المدققة ان الاستفراغات الدموية تأتي بموت ..٢٠/١٠٠ بينما ان الانتظار لايموت فيهِ اكثر من ..٧/١٠٠ فاضربوا عن طريقة بروسّه فجرَّ عليها ذيل النسيان

هل يؤخذ عن ذلك انهُ ينبغي الاستكفاف التام عن القصد في علاج ذات الرئة الحادة ؛ كلّا . ولكن لايسوغ استعماله على السواء في جميع الامراض فان للقصد ما لغيره من الطرق التمريضية التي تختص بهِ . وقـد اشحذ الفكر اساتذة باريس في تقرير ما له من الدلائل الجازمة

ذهب الاستاذ جاكود الى وجوب القصد اذا ما اشتدَّ البهر وارتفعت الحرارة او اذا ما رافقت ذات الرئة اوزيماها او احتقانها او ظهرت اعراض الاحتقان الدماغي

اما الدكتور هَردي فيذهب الى الاستفراغات الدموية ان لم تتجاوز الحد كميةً وزماناً. الّا انهُ لابدَّ والحالة هذه ان تكون ذات الرئة حقيقيـة ابتدائية وفدت الى شخصٍ سالم الصحة قوي البنية ما بين الخامسـة عشرة والستين من عمره ولا تكون اختلاجية الشكل ولاضعفيتهُ ولا بلغت دور التكبُّد السنجابي. فيؤخذ من ثم انهُ لايجوز فصد الصبيان والشيوخ والنحاف

اذا تعمدت ما أتى بهِ هذانِ الاستاذان من الدلائل الجازمة واللاجازمة واقتصرت على ما قرَّراه من التقييدات كُن على يقين انك لاتضرُّ بالعليل بل تفيدهُ ما امكن

ومن الاستفراغات الدمويّة الحجامات بشرطٍ وليس عليها ما على الفصد العام من الاعتراضات وعليهِ فقد يجدر استعمالها في اغلب الحوادث . فان فعلها فعلُ المصرفات وهي من احسن الوسائط ضد وخذ الخاصرة

الدُردي المقيّ . هذا الدواء الذي جرى استعمالهُ من القرن السادس عشر لم يُدرج في معالجات ذات الرئة الّا في اوائل القرن التاسع عشر. فقد تطرّف في استعمالهِ رازوري الطبيب الايطاليّ وصرف العناية في بيان تحرير ما أدّاهُ سعيه اليهِ من النجاح . فذهب رازوري الى وجود نوع من التهيج في جميع الامراض الحادة لاسيما في ذات الرئة الحادة وسماهُ بسوء المزاج التهيجي وظن ان الدُردي في وسعهِ ان يصادم هذه الهيجة بما يحدثهُ من الانحطاط الصناعي ولذلك فقد سموه بالمذهب المضاد للتهيج

اعلم ان الدردي المقيّ وان أُدرج بين الادوية القويّة الفعّالة التي توصف لذات الرئة فلم يجمع الاطبّاء على العمل بهِ على مذهب رازوري ولا يزال الجدال جاريًا على مفعوله. فيظنّ قوم ومنهم تيّاليه انهُ مسكّن للجهاز العصبي ليس غير . ويقول آخرون ومنهم بيبه وهردي ان فعلهُ فعلُ المصرفات . وجاكود وبرنيم انه من مضادات الحمّى . اما الدكتور بيتر فعنده انهُ يؤثر في الرئة تأثيره في الوجه وهو الاصحّ . لانهُ اذا ما أخذ منهُ شخصٌ كميّةً اكفهر وجههُ لانقباض اوعيتهِ . فلعلهُ يحدث في الرئة ما يُحدثهُ في الوجه فينقص كميّة الدم فيها . ومما يؤيّد مذهب الدكتور بيتر هو ان المقيّئات كالدُردي المقيّ هي من اقوى الوسائط لايقاف النفث

الدموي فيكون والحالة هذه نتيجة فعلها انقباض الاوعية الرئوية . وعليه فهم لا يكون لها في ذات الرئة من الفعل ما لها في غيرها . ولكن مهما كان الامر من ذلك فانا نضرب عنهُ صفحًا وانما نبين كيف يكون استعمال الدردي المقيئ ومتى يكون الجزم بهِ

ان اول شيء ينبغي الالتفات اليه انما هو التحمل اي عدم التقيؤ . فقد يكون هذا التحمل اوليًا اي ان العليل لا يتقيأ منذ ابتدائه في أخذ هذا الدواء . وقد يكون ثنويًا لا يتمُّ الَّا بعد يوم او يومين فيها يتقيأ المصاب تقيئات قليلًا او كثيرًا عددها

ايُّ مقدار من الدردي ينبغي اعطاؤهُ ؟ الاجدر بك ان تترك مذهب الدكتور رازوري الذي كان يصف هذا الدواء من جرامٍ الى اثنين مرارًا كثيرة في النهار وتتعمَّد الطريقة التي يسلكها اطبَّاء باريس وهي ان يُعطى العليل كل يوم من ٢٠ ،٠ الى ٣٠ ،٠ سج في جرعة مقدارها من ١٢٠ الى ١٥٠ ج يأخذها كل ساعة ملعقة كبيرة . وقد يمكن تكراره مدة يومين او اكثر بحسبما تقتضيه الظروف

وقد يحسن ضمّ الكحولات الى المقيئات فتعطى جرعة تُود او الجرعة القلبية بمقتضى الاقراباذين مساء عند الفروغ من الجرعة المقيئة

متى يسوغ الجزم باستعماله او اللاجزم بهِ ؟ اجزم بوصف الدردي المقيئ حينما تتجاوز الحرارة درجة ٣٩ ويكون النبض صلبًا ومقاومًا والعليل شاعرًا بضيقٍ عظيم وبُهرٍ ظاهر . وقصاراي كل مرة زاد ترقّي الحمَّى شدةً

الّا انهُ لا بدَّ من كون العليل قويًا وفي ريعان الشباب . اما في غير هــذه الاحوال فلا تصفهُ قبل ان تتروّى في امر المرض

اما نحن فلا نذهب الى استعماله اذا كان العليــل طفلًا او شيخًا او نحيفًا او ضعيفًا او مهزولاً . ثم انهُ ينبغي الانكفاف عنهُ في من اصابتهُ آفات قلبية او في اوعيتهِ الغلاظ او في القناة الهضمية وفي مدة الحبَل ايضًا . واعلم ان استعمال الدردي المقيّئ قد أحدث في بعض اشخاص تسمُّمًا حادًّا واحيانًا قتّالًا يمتاز باعراض معديّة معويّة تشبه كثيرًا ما ينشأُ عن التسمُّم بالحمض الزرنيخوز وهو ألمٌ حادٌّ على طول المريءِ وفي البطن يصحبهُ تقيُّئات شاقّة ثم اسهال . وتنحطُّ في الوقت نفسه قوى العليل انحطاطًا زائدًا قد يؤدّي بهِ الى الغشيان ويصير النبض خيطيًا متواترًا وعديم الاتساق والنفَس سطحيا . فلا يتمكّن المصاب من الوقوف ويكسو بدنهُ عرَق بارد ويزرقُّ لونهُ فيحــلّ أجلهُ على هــذا النمط . وقد يصل ايضا المتحملون لهــذا الدواء باقلّ من ساعة الى هذا الانحطاط الزائد فيؤُول بهم الى الغشيان ثم الى الموت

ومن جمــلة الادوية الموصوفة ايضًا الاستحضارات الاثمدية كالقرمز والأُكسيد الابيض الاثمدي . أما القرمز فلا يُستعمل الآن الّا كالمنفثات في آخر الالتهاب لان مفاعيلهُ غير ثابتة ولا يُوثق بصحتها . واما الأُكسيد الابيض الذي قد أُطريَ استعماله زمانًا طويلًا في ذات الرئة الطفلية فيكاد يسقط الآن لعدم اتساق فعله المحمول على ما يحويهِ من الاركان المقيّئة التي قد تبقى فيهِ من ذات استحضاره

الكحول . يشهد تاريخ علاج ذات الرئة بان طرق تمريضه قد انقلبت انقلابا تامًا لانهم قد استبدلوا معالجة المضعفة كالفصد والدردي المقيّئ بتقوية المصابين وتنبيههم بالاستحضارات المنبهة والكحولية عملًا بما أتى بهِ الدكتوران المشاهدان وهما تود الانكليزي وبيه الافرنسيُّ

هذا المذهب قد غيَّر ما كان يتعمَّدهُ الاطباء من قبلُ فقاوموهُ . فلو وقفت على ما تخوَّف الدكتور كريزول من الاستحضارات الكحولية في الامراض الالتهابية لعلمتَ ما لاقاهُ تود وبيه من المناقضات والصعوبات في تأييد مذهبها ومن الاصرار على بثهِ والرضى بهِ . والحق يقال من المرضى مَنْ كان شُفي بمداواته بالاستحضارات الكحولية قبل ان ينتشر مذهبها . ولكن مهما كان الامر من ذلك فان مذهبها بعد المناقضات الكثيرة قد حاز القبول وأُحصي بين الادوية المستعملة في ذات الرئة

اما الدكتور تود فلم يكن من قصدهِ فيهِ سوى تقوية العليل ومساعدتهِ لهُ الى ان يهبط المرض وعليهِ فيكون الكحول عنده غذاء لا دواء . غير انهُ قد تطرَّف فيما أتى بهِ نظير كلّ مبتدعٍ فطفق يصف الكحول في كل ما يطرأ على ذات الرئة من الاشكال مع ان لهذا الدواء ما لغيره من التوقيت والاستعمال

اعلم ان الميل الى فقر الدم من الادلَّة الاصلية على الجزم بالتمريض الكحولي وعليهِ فينبغي استعماله في الشيوخ والنحاف وفي ذات الرئة الثنويَّة الناشئة عن النزلة الصدريَّة الوبائية والحمَّيات النفاطية وغيرها . ثم في ذات

الرئة التي تصيب المستخمرين وفي ذات رئة الشيوخ التي قد وصفها الدكتور شْرِكو باسم ذات الرئة الجليديّة وهي التي يصحبها همود . اما اذا وقع هذيان فان الكحول ياتي بالنجاح بما يتجاوز الآمال

لا بدّ اذن من بيان مقداره وكيفية استعماله . قد كان الدكتور تود يعطي منهُ في الحوادث المعتدلة من ١٠٠ الى ١٢٠ ج في الاربعة وعشرين ساعة وفي الثقيلة من ٥٠٠ الى ٦٠٠ ج هذا اذا امسى الخطر قريباً . انما يكون ذلك في وقت وجيز جدًّا

اما في فرنسا فلم يتصلوا الى هذا المقدار فان اكثر ما يعطونهُ لا يتجاوز ٨٠ او ١٠٠ جرام من الكنياك مضافاً اليهِ مقداره من الماء ويؤخذ منهُ كل ساعة ملعقة كبيرة . اما في الاحوال الثقيلة فقد يبلغون ٣٠٠ جرام

قد يُبدل الكُنياك بالروم او بخمر قويّة وجيدة كخمر پُرتو وملاكا وكزريس . واعلم ان الخمر اللبنانية الذهبية اللون والعرق يعوضان من الكنياك

ان الفائدة من الكحولات تتوقف على كيفية استعمالها فلا تنجح ما لم تؤخذ مجزَّأة كل نصف ساعة او ساعة او ساعتين

بقي علينا ان نتكلم عن بعض ادوية يستعملها بعض الاطباء في ذات الرئة الحادة على سبيل التنافي غير انها لا تكون الّا من المعاونات في بعض الظروف المعيَّنة . ونحن نقتصر على ذكر الاصابع الصفر وكبريتات الكينين

الاصابع الصفر . هذا الدواء لم يكن قط نظير السابق من الادوية

نوعية المستعملة في ذات الرئة فلا يستعمل الّا عندما تثور الحمّى ويضعف نبض ويُسرع . على انهُ يخفف الحمّى فيقلّل او يزيل خطر ما تجرّهُ زيادة لحمّى من الاشتراكات ثم يقوّي حركات القلب فيصادم الهمود الذي د ينتهي احياناً بموت المصاب . وهذه الاصابع تؤخذ نقوعاً ٥٠ ، ٠سج او براد واحد من ورقها المدقوقة

كبريتات الكينين . قد ضع هذا الدواء الدكتور فكت سنة ١٨٥٩ في ذات الرئة لحمّى منذ ذاك ستعمالهُ بمقدار كبير لاسيا في ألمانيا . وقد جاءت نتائجهُ حسنة فانهُ يهبط الحرارة ويبطئ ضربات القلب وعليه فيكون دواء مستبقيًا لتنقيصه ما يُفرز في ٢٤ ساعة من البولينا والحمض البوليك

وان نذكر ايضاً ما مدحهُ بعض الاطباء في علاج ذات الرئة وهو : الخربقين والجويدار والقلويات والبيش وروح الترمنتين وحمضين الفينيك والصفصافيك والزئبقيات فان من شأنها ان تُسرع التحلّل

العلاج الموضعي . يقتصر هذا العلاج على المصرفات فمنها استعمال الحراقات غير ان الاطباء لم يجمعوا عليه . فذهب قوم الى ان الحراقة تكون مضرّة فتزيد الحمّى وتقلق العليل وتصير منشاء للحمرة او تُحدث دمامل وجرات خبيثة . وقد تثير ايضاً التهابي المثانة والكلية الدرجيَّين وفي الاطفال الذبحة الغشائية . وقال آخرون ان الحراقة فعلاً لا شك فيه فانها تخفف نخس الخاصرة وتصادم امتداد الالتهاب الرئوي وتعاون على التحلل الا انهم لم يتفقوا على زمن استعمالها . فمنهم من يصفها في بدء العلة ومنهم وقت

دنوّ الهبوط

من المستحسن استعمال الحجامات الجافة عنـدما تتعاظم الدلائل الاحتقانية . اما الخردلات ومطرقة ميور والمروخات لمنبهة فيلائم استعمالها حينما تتقارب الظواهر الخناقية

اعلم اني قد أوردت ما أطريُ من العلاجات في مداواة ذات الرئة ليتمكَّن الطبيب عند ما تمس الحاجة اليها من انتقـاء ما يوافق كل حادث على حدته . فليتنبـه اذن انهُ ليس عليـهِ تمريض ذوات الرئة فقط بل المصابين بها ايضاً اذ قد يجرّون الى علتهم ركناً مرضياً يتخذونه اما عن فساد البنية او السنّ او احوال المعيشة او غيرها . وهذا ما يـدلّ على استيلاء الاعراض الالتهابية في شخصٍ والضعفيـة في آخر . وعليهِ فاذا ما كان المصاب شاباً قويّ البنيـة جاز تكرار الفصد مرةً فاكثر واعطاء المقيئات التي يكون فعلها غريباً ويُبدي سريعاً تحلُّل الالتهـاب الرئوي . اما اذا كان العليل شيخاً او ضعيفاً او مهزولاً وكانت الآفة لرئوية تـدور من غير ردّ فعلٍ مائلة الى النحول كان من الواجب وصف الاستحضارات الكحولية والادوية المنبهة التي تُنشر واخصها خلّات النشادر وكربوناته

حينما تثور الحمّى ولاسيما عنـدما تشتدّ حالة المريض مسـاء ينبغي وقتئذٍ اعطاء كبريتات الكينين

اما اذا ضعف النبض ودلّ على ما يلاقيـهِ القلب من الصعوبة في مناقضتهِ للاحتقان الرئوي فصف من غير ابطاء حشيشة الكشاتبين

ثم انه اذ اشتدّ ألم الخاصرة ومنع النوم وقد اشتركت ذات الرئة في ذات الجنب كان من الملائم وضع المصرفات كالحراقات وما اشبهها

المبحث الرابع
في ذات الرئة الليفية المزمنة

مرادفتها . ذات الرئة ليفية وتصلب الرئة وذات الرئة الخلية

١٧٨ الاسباب . ان ذات الرئة الليفية المزمنة نادرة باعتبار كونها اولية وكثيرة التواتر باعتبار كونها ثنوية . فهي تكون اما عقب ذات الرئة الليفينية وذات الرئة النزلية والنزلة الشعبية المزمنتين والاستهواء والتدرن الرئويين واما انها تتولد حول اورام دموية قشية او اورام مختلفة الطبيعة تنتشر في سمكة النسيج الرئوي . ومن اسبابها الرئيسية ذات الجنب المزمنة فان الدكتور بروردل قد قرر فيما أتى به من المباحث ان ذات الجنب ولو لم يطل زمانه قد يصحبه تصلب سطحي تكون اهميته كبيرة وقد وافقه فيه الدكتور يولين . لكن مهما كان الامر من سبب هذا التصلب فانه يأخذ في الاتساع الى ان يصيب فصوصا رئوية بكمالها فتنقلب كتلا ليفية صرفا

١٧٩ التشريح المرضي . يكون النسيج الخلالي الرئوي في البدء قليل الحمرة او كثيرها محتقنا وغليظا فتنضغط الخلايا الهوائية وتتفرغ من الهواء . ثم ينقلب الاحتقان نموا متصلبا والنسيج الموصل الجنيني نسيجا بالغا فيكمد الجزء المصاب ويصير لونه ابيض الى الزرقة ويكاد يخلو من الدم . وهو

صلبٌ يقاوم الاصبع ويصرُّ عند قطعه بالمشراط ويتخلّله استطالات ليفية قويّة لها ما للنسيج الندبيّ من الانقباض الذي يشوه قطر الشعب ويُعددها ويُحدث انبساط الصدر وتشوهاته

١٨٠ الاعراض . هي مفقودة في نشأة المرض وعندما يكون محدوداً اما اذا ما كان منتشراً فيأخذ العليل يسعل ويضيق نفَسه . ولدى الاستماع تبدو ظواهر التيبُّس الرئوي وهي : الصمم او شبهه والزيادة في الاهتزازات الصدريّة واللغط النفخي الذي يختلف ما بين اللغط الاسطواني والكهفي والصوت الشعبي في نسبته الى اللغط بيد ان هذه الدلائل لاتثبت دائماً . وقد ذهب بعض المولفين الى نقصان في اللغط التنفسي

قد تتغير الاحوال في هذا الدور الثاني فتتسلطن الاعراض التي تدلّ على تمدُّد البطين الايمن وتضخمهِ فيمسي عاجزاً عن مقاومة ما يلاقيه من العوائق التي يقابله بها التيبُّس الرئوي . فتظهر وتشتدّ الزرقة و الاوزيما معربتان عن قصور الصمامة الثلاثية الرؤوس . فاذا ما استقصيت الغب على مساواة النتوء الخنجري سمعت لغطاً نفخيا انقباضيا مميّزاً لقصور الصمامة فيموت المصاب من جرى ارتخاء القلب وقصوره عن عمله

١٨١ العلاج . لا علاج لايقاف هذا الداء انما يودور البوتاسيم يدن انهُ قد يُبطئ ترقّي التيبُّس



المبحث الخامس

في الغنغرينة الرئوية

الغنغرينة هي موت الانسجة . فاذا ما مسّ الهواء هذه الانسجة تحللت تحلل الاجسام المائتة كما يحدث في التحلّل الجيفي وأثارت البنية حولها التهاباً نوعياً افرازاً الاجزاء المائتة المسماة بالخشكريشة. اما اذا صينت من تماس الهواء فتبقى زماناً طويلاً من غير ان تتحلّل وهذا ما يدعى بالنخرويبوس كنخرويبوس المخ اولينه . وعليهِ فلما كان جوهر الرئة بالنظر الى وظيفتهِ مماساً للهواء كانت غنغرينتهُ نظير سائر الغنغرينات الظاهرة يصحبها تعفن يكون من اخص مميزاتها

١٨٢ الاسباب . وهي ثلاث جُمل : ا . عن وقوف الدم في الاوعية الرئوية او عن نقصان وروده اليها ب . عن فساد ثقيل في الدم ت . عن آفة في الرئة او عن تهيجها لمواد مختلفة تصل اليها بطريق التنفّس

ا . الغنغرينة عن فاقة الدم او عن وقوف الدورة الرئوية . ان اوعية الرئة على ضربين : وهي الشعب التي تتفرّع عن الشريان الرئوي ووظيفتها تأكسد الدم فقط والشريانات الشعبية المعدّة لتغذية الشعب والرئة. فيؤخذ من ثمّ ان انسداد احدى تفرعات الشريان الرئوي لا يوقع الغنغرينة انما ينشأ عنهُ اضطرابٌ في التأكسد. بينا انهُ اذا انفلتت خثرة وسدّت احدى

التفرعات الشعبيـــة مات القسم الرئوي الذي كانت تغذيه تلك الفرعة . وقد يتفق ان تتعدّد الخثرات فتنفذ انتهاآت الشريان الشعبي فينتج عنها ايضاً موت الناحية التي قد انقطع الدم عنها . وقد تكون الغنغرينة عن آفة رئوية كالتدرُّن فتضغط الشريان الشعبي وتضمّ جدرانهُ الى بعضها محـــدثة نواة غنغرينية في الجزء الرئوي المقابل

ب . الغنغرينة عن فساد الدم . قد تشترك الغنغرينة الرئويّة في الامراض الوبائية التي قد تفسد الدم وانما يكون الاشتراك اشدّ منهُ تواترًا في الحصبة والتيفوس . ومن الآفات المزمنة ما يصحبهُ فساد في الدم قليل او كثير ثقلهُ فيثير غنغرينة رئويّة كما قد يحدث في الديابيطس والتسمُّم الكحولي . وقد يكون المجانين أشدّ استعـــداداً من غيرهم للوقوع في هذا الداء فان احدى الافات الرئويّة كذات الرئة مثلًا تكون فيهم من الاسباب الموجبة لهذه العلة

ت . الغنغرينة عن تهيج لرئة . اذا ما نفذت الرئة مواد حريفـــة أحدثت الغنغرينة فيهـــا . وهذه المواد لها مصادر مختلفة : ١ً ما ينفـــذ الشعب في اثناء التقيوء من المواد الغذائية والمتقيّأة او الصديدية الناشئة عن تقرُّح اللسان وتسرطنهِ او السائلة العفنة والمختمرة المتأتية عن تمددات شعبية او الغازات الحرّيفة المنبعثة عن المستراحات كالغنغرينة التي تصيب نزّاحيها وما يتصعد عن النشـــادر وعن بعض مركبات كياوية مثل بيكرات البوتاس . ومن النادر جدًّا وقوعها دفعةً عن استنشاق هواء شديد البرودة

٢ً ما يتأتى عن اضطراب الشريان الرئوي كما يحدث في انفلات خثرات عفنة مركزها اما القلب الايمن او احد الاعضاء البطنية

٣ً ما يكون عن خراجة مجاورة فينفذ الرئة ويبدي فيها غنغرينة قليلة او كثيرة "لانتشار كخراجات الكبد والكليتين والطحال وذات الجنب الصديدي . وقد تكون الغنغرينة عن رضّ الصدر ايضاً

ان الغنغرينة هي اكثر حدوثاً في الرجال منهُ في النساء وفي سن ٣٠ و٦٠ منه في غيره

١٨٣ التشريح المرضي . تكون الغنغرينة الرئوية اما منتشرة او محدودة وتشغل اما المركز او الدائرة. واعمها المحدودة فانها تصيب كل نقط الرئة لاسيما الفصوص العلياء

الغنغرينة المحدودة . هذه الغنغرينة تبدأ بنواة مسودّة او سمراء الى الخضرة شديدة الخثر تختلف صلابتها على اختلاف دورها . فتكون في بادئ الامر متصلبة كأنها متكبدة ولكن عند ما تتحلّل تحللاً عفناً يتحوّل مركزها الى مدة لبيّة. انما حجم هذه الخشكريشة المتكونة يختلف بين حجم اللوزة وبيضة الدجاجة وهي تلصق لصوقاً شديداً بالانسجة المجاورة التي تكون في عموم وارمة . فلا نابث هذه الانسجة ان تلتهب التهاباً انفرازياً فيحول وقتئذ النسيج النخر مدّة عصيدية ويفرز متجزئاً بتوسط الشعب . وعليهِ فيتكوّن كهف غنغريني قد تكون جدرانهُ رخوة ومرتشحة الّا انها تتصلّب في اغلب الاوقات لِما يعتريها من الالتهاب . وما يحويه هذا الكهف

هو على شكل حروقة مسودّة او الى الخضرة يتألف من فضــلات النسيج الرئوي ويمتزج بجواهض دسمة ونقاعيات خيطية الشكل لا تشاهد الّا بتوسط المنظار المعظم نُسمّيها بالشُعيرات الرئويّة (ليبتُرِكس)

ان اوعية الجدُر والتي تخرق الكهف من جهــة الى أُخرى تكون في الغالب مسدودة فان لم يحصل هذا الانسداد يحدث نزف ثقيــل جدًّا عندما تسقط الخشكريشات . وقد تشترك البؤرة في الشعب فيبرأ العليل اذا ما نفَث وقت السعال المدّة الغنغرينية الّا ان ذلك لنادرٌ

الغنغرينة المنتشرة . ان الغنغرينة المنتشرة لا قياس لها في انتشارها . فقد توشك ان تصيب فصًا كاملًا او رئة بكمالها وليس لها من الحدود ما يفصل الاجزاء المصابة عن السليمة . وكل عناية في اصلاح ما تفسده باطل . ثم اذا تفقدتَ الخشكريشة بالمنظار المعظم تعذّر عليك الوقوف على النسيج الرئوي الاصلي

الغنغرينة السطحية . اما الغنغرينة الدائرية او السطحية فيصحبها في الغالب اضطراب من جهة الغشاء الصدري فيتضخم في العموم تلقاء الجهة المصابة تضخمًا بين القليل والكثير ينتج عن التهابهِ الحادّ . فيمانع مدةّ الانسجة المتغنغرة عن الامتداد الى الفضاء الصدري . غير ان هذا المانع يكون عاجزًا في كثير من الحوادث عن منع المدّة الرئويّة فتنفذ الفضاء وتثير ذات الجنب الصديدية الشديدة الحدة التي تنقلب سريعًا عفنة وتُميت . من جهة الجــدار الضلعي الاجزاء الرخوة على فسحة بين قليلة او كثيرة لامتداد

١٨٤ الاعراض . تختلف الاعراض بمقتضى كون الآفة سطحية او مركزية . والمركزية تختلف ايضاً على اختلاف كونها منتشرة او محدودة

١ً الشكل المركزي او الرئوي . يعتري العليل كربٌ بضع ايام ثم بغتةً في احدى نواحي الصدر ألم حادّ يستمرّ مدة ايام فيسعل المصاب سعالاً متواصلاً وينفث نفثاً قليل الغزارة مخاطياً لا لزوجة له ولا لون خاصاً به ويغشي لسانه طلاء قذر ويظمأ ويأرق أرقاً كاملاً

عند الاستماع تجد في احدى الحُفرتين اللتين تحت عين الكتف نقصاناً في خرير الحوصلي يرافقهُ شبه صمم طفيف . ثم تتزايد الحمّى كل مساء ويتواصل السعال وينقلب النفث في اليوم الرابع او الخامس لزجاً ثم مخاطياً صديدياً سنجابياً مدمّياً يطفو على سطحهِ بصاقٌ دموي صرفاً . وهذا النفث لهُ رائحة كريهة لا مثيل لها في باقي الامراض فهي رائحة تعفُّن او تعطُّن تشريحي في أشدّ خنزهِ كما اشار اليهِ الدكتور جاكود . وتثير الغثيان في اي شخصٍ كان ولا تلبث ان تملأ غرفة بكمالها في المستشفيات او البيوت . وقد يسبق احياناً خنز النفث ما ينبعث عن النفث من كريه الرائحة . ويشير الاستماع للوقت الى لغط نفخي عميق مركزه تلقاء الناحية الصماء

تبدو الخراخر الفرقعية الدونية بعد يوم او يومين وتكاد تشغل كامل الرئة المصابة فتثور الحمّى ثوراناً عظيماً فتتجاوز ٤٠° ويعتري العليل رعافٌ . فبعد ان تبلغ الحرارة هذا الحدّ تهبط سريعاً هبوطاً بيّناً تصل احياناً الى ما تحت الدرجة الصحيـة فينحطّ المبتلي وتخور قواه ويعرق عرقاً

كثيرًا ويقصر نفسه ويتواتر ويزرقّ وجههُ وتبرد اطرافه وينقطع نبضه فيموت
وبيسة الهمود . فهذه صورة الغنغرينة المنتشرة

اما الغنغرينة المحدودة فتبدأ بداية ذات الرئة الشديدة فتفاجيء العلة بنافض قوي ومستطيل ووخز في الخاصرة شديد الوطأة . ثم تتزايد الحمى عمّا تكون في ذات الرئة ويتضيق النفس ويتواصل السعال . اما العليل فيحسّ منذ البدء بانحطاط فجائي . ولا تزال هذه الاعراض مدة ايام مميزة للمرض مع ما ينضاف اليها من الدلائل الطبيعية التي تختص بذات الرئة الفصية كالصمم وازدياد الاهتزازات الصدريّة والغط النفخي والصوت الشعبي والخراخر الفرقعية . ثم تستمرّ الاحوال على هذه الصورة مدة ٨ او ١٠ ايام فيزيد النحول ويشتدّ البهر مصحوبًا بهذيان متغير وتفوح الرائحة المميزة للنفث والنفَس . فيكون النفث مخاطيًا صديديًا الى الخضرة ثم يصير كثيفًا مستديرًا وتنفد عند ذلك الحمّى الضعفية فترتفع الحرارة كل مساء ويأخذ العليل يدفع فضلات الغنغرينة وتظهر دلائل اين الرئة في الناحية المصابة كالصمم والخراخر الفرقعية الدونية الغلاظ . ثم يبدو اللغطات الكهفي والقراقري فيشفّان عن تكوّن الكهف . وقد يندفق احيانًا اترفة رئوية هائلة تنشأ عن الكهف الغنغريني لانفجار الاوعية الدمويّة وقت سقوط الخشكريشات . فان لم يمت العليل وعاش بعض اسابيع وهو نادر جدًّا تناقص ختر النفس والنفث قليلًا قليلًا . غير انهُ قد يقع العليل في حمّى الدقّ التي تنتج عن التقيح المفرط وامتصاص الاركان العفنة المتكونة في التجويف الغنغريني . ومن

النادر جدًّا ان ينعمل الكهف . وقد تطول مدته فتدل عليهِ الاعراض السابقة وتمكّنُ من عزوهِ الى علتهِ الحقيقية

٢ الشكل السطحي او البلوري الرئوي . يبدأ في العموم نظير الشكل المركزي . اذ تبدو بعد ايام ظاهرات بلورية تستولي عليهِ بعية انحطاط زائد لانسبة لهُ مع الآفة لباوريّة

وعلاوة على ذلك فان الظاهرات الباورية تختلف باختلاف الحوادث وعليهِ فينبغي بالنظر الى المشاهدة فصل الحوادث التي تثير فيها البؤرة الغنغرينية إطارا التهابيًا بلوريا قليل الاتساع أو كثيره وهو المسمّى بذات الجنب الخافقة عمّا يكون فيها تمزيق الغشاء المجلل للرئة ونفوذ الحروقة الغنغرينية الفضاء الصدري من اوّل الادلّة على الاشتراك البلوري في العلة التي نحن فيها

حينما يلتهب الغشاء ويثخن حول نواة غنغرينية سطحية يُشاهد تارةً احتكاكات بين قليلة العدد وكثيرته معربةً عن خشنة الغشاء وعن تكوّن ارتشاح ليفيني . وأخرى عن الانسكاب الذي يكون وقتئذٍ اما مصليًا ليفينيا كما في ذات الجنب العادي واما صديديا وهو الكثير الحدوث

يكون ذات الجنب اما جزئيًا واما منتشرًا فاذا طال الزمن وتمكّن الغشاء لثخنهِ من مقاومة تمزيق الرئة تمزّقت الرئة اخيرًا وظهرت حينئذٍ اعراض الاستسقاء الصدري الصديدي . وان حُطّ الانصباب فاحت منهُ رائحة شديدة الخانز . وقد تكون النتانة فيهِ غالبًا قبل ان تظهر من جهة النفث والنفس

اذا استطرقت البؤرة الغنغرينية دفعةً الى تجويف الغشاء لمصلي قبل ان يلتهب بدت اعراض شديدة الوطأة. فيفاجئ العليل وخز في الخاصرة حادٌ وشاقٌ ينذر بالخناق مع انهُ لم يبدُ قبلا سوى اعراض ذات رئة قليلة الاتساق . فيكفهرُّ وجههُ وتمسي شفتاه بنفسجيتين ويصغر نبضه وجف بدنه وتظهر دلائل الاستهواء الصدري المنتشر فيموت العليل في بعض ايام

اذا قاوم العليل ذلك واستقرَّت الموادُّ الغنغرينية في التجويف البلوري شوهدَت بقع غنغرينية على اغشية الصدر وتقرحات حقيقية متجانسة الطبيعة عرّ في خللها الانصباب الذي يميل الى الخارج . فيتكوَّن حينئذٍ في احد الاوراب ورَم متموج موجع لدى الجسّ لايختلف عن الجلد لونا يوتّره السعال او الزفير ويغور عند الغمز ويحوي غازات تدخل الصدر صائرةً اذا ما وقع الضغط على الورم . فيتغيَّر حينئذ لون الجلد على سطحهِ متغنغرًا احيانا وتسقط الخشكريشة فيخرج السائل والحروقة الغنغرينية اللذان كانا شاغلي التجويف البلوري . وقد يتفق ان البؤرات الصديدية والغنغرينية قبل ان تجد في الجلد منفذًا تنتشر الى بُعدٍ فتفرق العضل وتفني السمحاق وتنخر الاضلاع

قد يحدث ايضًا في النادر جدًّا ان تضمّ بعضُ التهابات التحامية جداري الغشاء بعضهما الى بعض تلقاء البؤرة الغنغرينية فيمكن للآفة حينئذٍ ان تمتدّ الى الغشاء المجاور للاضلاع من غير ارتشاح في التجويف البلوري

اما انتهاء الشكل البلوري الرئوي فمتغيّر . وفي اغلب الاوقات يموت

المصاب لاعراض عفنية تثيرها الآفة فيهِ . وقد يبرأ العليل في النادر جدًّا وبعد زمن ابطأ الورم واستفراغ الصديد وغسل التجويف البلوري بمحلولات مضادة للعفن غير انهُ لا يتمّ البرء ما لم تكسُ الغشاء قبل تمزقه اغشية حيويّة. واذا استطرقت البؤرة الى التجويف البلوري قبل ان يلتهب الغشاء المصليّ فذات الجنب التي تشب حينئذٍ تكون شديدة الحدَّة وقتّالة سريعًا

١٨٥ التشخيص . قد يختلط الشكل الرئوي بذات الرئة الحادة قبل ان يتخذ النفث رائحتهُ المميزة لهُ غير ان نخس الخاصرة يكون في الاول اعظم والبهر اشدّ لا نسبة لهُ مع اتساع الافة وعلاماتها الموضعية . والحمَّى لا تسير سيرًا قانونيًا كما يشاهد في ذات الرئة فانها تشتدّ مساءً اشتدادًا بيّنًا . والانحطاط يكون زائدًا ولا يصحبهُ مع ذلك ما يدلّ عادةً عليهِ في العلل الالتهابية . والظواهر الموضعية تمتاز في العموم عمَّا يجانسها في ذات الرئة على انهُ لا خراخر فرقعية في كامل دوره الاول وانما يسمع اما لغط نفخي خفيف واما لغط تنفسي متناقص

اما اذا فاحت رائحة النفَس والنفث الخاثرة بما تمتاز بهِ العلة تسهل فصلها عن ذات الرئة انما يمكن خلطها حينئذٍ بما وصفهُ الدكتور لاسِكْ باسم الغنغرينة القابلة البرء او غنغرينة الالتهابات الشعبية . فهذه العلة تمتاز بنفث عفن الّا انهُ لا يكون شديدًا مثلما يكون في الغنغرينة الرئويّة . ومن النادر ان تملأ رائحتهُ غرفةً بكمالها فيضطرّ الطبيب ان يدنو من فراش العليل او ان يشمّ بصقتهُ ليتمكن من الوقوف على العلة . وفضلًا عن ذلك فان الاعراض

العامة لمختلفة فلا وجود لعلامات الانحطاط والحمّى والنبض الزائد في الغنغرينة الشعبية التي تبرأ في العموم بعد زمن يكون في الغالب كناية عن جملة أشهر

قد تدخل بعض السوائل الشعب متأتية عن الاعضاء المجاورة كالقيء الناشيء عن ذات الجنب او خراجة كبدية او غيرهما فتتحلل تحللا عفناً تفوح عنهُ رائحة كريهة . غير ان ما يصحبها من الاعراض العامة والموضعية يميزها عن الغنغرينة الرئويّة ويؤيد التشخيص

ينفصل الشكل البلوري الرئوي عن ذات الجنب الصديدية البسيطة بسيره السريع وضعفهِ الزائد ولاسيا بتعفّن ارتشاحهِ

هل كل ذات جنب نتِن يكون دليلًا على الغنغرينة ؟ ما لا أثبتهُ اما الدكتور بينيه الذي اعمل الفكر في هذه المسألة فيثبت وقوع ذات جنب الغنغرينية من غير آفة رئويّة

١٨٦ العلاج . ان ما ينبغي مداركتهُ اولًا هو تقوية العليل ومقاومة ضعفه فيعطى الاستحضارات الكحولية القويّة كالكنياك والروم والخمر الجيدة القويّة وخلاصة الكينا من ٣ الى ٥ جرامات في النهار . ثم انهُ لابدّ في الوقت نفسه من ازالة نتن النفث واستدراك الامتصاصات العفنة التي تتم على سطح البؤرات الغنغرينية ولنا فيهِ طريقتان يمكن استعمالهما معاً وهما : ١ً الادوية المضادة للعفونة فاذا ما تمصصت بتوسط القناة الهضمية افرزتها البنية بتوسط الغشاء المخاطي التنفسي . ٢ً تحويل هذه

الادوية الى ضباب امام الفم واستنشاقها

اما املاح الكلورور (كلورورات) فمفضلة . منها محلول لابارًاك بمقدار ٥ او ٦ جرامات في جرعة . ومنها كلورور الصوديوم او كلورور الجير من ٣ الى ٤ جرامات في جرعة مقدارها ٣٠٠ جرام . ومنهـا حبوب الدكتور كُراف على الصورة الاتية :

كلورور الجير	٣	ج
افيون خام	١	»

يصنع ذلك عشرون حبَّة ويؤخذ منها كل يوم حبتان او اربع حبوب

قد أطرأ بعض الاطبـاء استحضارات الأوكاليبتُس اماً نقوعاً واماً صبغةً بمقدار ٣ او ٤ جرامات في جرعةٍ . اما بالنظر الى السحق فمحلول فوق منغنيسيات البوتاس بمعدل ٠،٢٥٠ مج او جرام في ليتر ماء تكون افادتهُ عظيمة

من المستحسن ايضاً التبخُّر بالقطران وصمغ البطم . فهذه هي الوسائط الطبية التي ينبغي استعمالها في هـذا الداء . الّا انهُ لا بدَّ من الاستعانـة بالجراحة كابْطً اذا ما انصبَّ سائل محدود في التجويف البلّوري

قد اتخذ اخيرًا صديقاي دي برمان وبرنكروِيير طريقة وهي : انهما بعـد ان استأصلا جملة اضلاع قطعا الرئة بالكاوي الناري الى ان بلغـا الكهف النـاشيء عن غنغرينة الرئة فأرحضاهُ بالوسائط المضادة للتعفُّن ووضعـا فيهِ أنبوبة مرنة لسحب المدَّة الى الخارج فبرأ العليـل بعد مُدَّة لانضمام جدران التجويف بعضها الى بعض

المبحث السادس

في السدَّة الرئويّة

قد يتفق ان يروب الدم مدة الحياة لاسباب مختلفة اما في نقطة واحدة من الاوعية التي تحويهِ واما في نقط كثيرة . وهذا الروُوب يسمى بالاستحالة الجلطية وما ينشأ عنهُ بالجلطة الراسخة . فقد يحدث ان تستقرّ الجلطة في الوعاء الذي تكوَّنت فيهِ وقد تنقطع عنهُ فتدور مع الدورة فتسمَّى حينئذٍ بالجلطة المنفلتة او المسمار الدموي او السدَّة . امَّا كيفية انفلاتها ونفوذها في نقطة أُخرى من الدورة فهو المعروف بالانفلات الجلطي

١٨٧ الاسباب . ان منشأ السدات الرئويّة متغير . ولا يخفى ان التجمدات الليفينية المرَضية التي تتكَّون على صمامات القلب الأيمن قد تدخل عند انفصالها في الشريان الرئوي على شكل جلطة منفلتة الّا ان ذلك نادر . انما في الغالب قد تتأتى عن جُلطة تكوَّنت في الجهاز الوريدي لاسيما في اوردة العضو الاسفل . فاذا ما انفلتت الجلطة نفذت الدورة وقذفها الدم الى الوريد الاجوف الاسفل فتدخل في الأُذين الأيمن ومن ثم في البطين الايمن فتندفع من هناك الى الشريان الرئوي

ان السدات الرئويَّة مختلفة الطبيعة فمنها ما يكون عن خثرة دمويَة عاديَّة وهي السدة العاديَّة . ومنها ما يكون عن اركان عفنة او غنغرينية وتُدعى بالسدَّات العفنة . ومنها اخيرًا السدَّات الدهنية التي تتولَّد بعد

الكسر ذلك اذا ما داخل الوريد المقطوع خثرة من النخاع العظمي او فضلة من النسيج الدهني

هنا محل سؤالين في الكلام عن اسباب السدة العادية وهما: ١ً ما الذي يعون على رسوب الدم في الاوعية. ٢ً ما الذي يعاون على انفلات الخثرة

الجواب على الاول . كل فساد في جدران الاوعية شأنه في العموم ان يهيج تخثر الدم داخلها . واسبابه كثيرة اخصها دوالي العروق والالتهابات الوريدية الدوالية. ثم بعض امراض تكون في العموم هزالية تظهر تخثراتها الوريدية لدى المشاهدة على شكل الاوزيما المؤلمة وتكون من الاشتراكات العادية. ونحن لا نذكر منها الا ما كان اشد تواترًا كالحالة النفسانية والسرطان والتدرن والحمى التيفودية والخضرة(خلوروز) اذ ليس في قصدنا ان نتكلم الآن عن الاوزيما المؤلمة

الجواب على الثاني . ان الاسباب المعاونة في العموم هي ما يبديه العليل من الحركات ولاسيما من حركات الانحناء المفصلية التي تنتهي الجلطة عند سطحها

لهذه العلة دوران يخشى منها وهما: الدور الابتدائي والدور الانتهائي. اما الاول فالخشية منه لان الخثرة لم يتم التصاقها بعد . واما الثاني فلانتفاء الاعراض المؤلمة فيأخذ المريض في المشي والحراك بحسب عادته

قد بينتُ في مقالةٍ نشرتها سنة ١٨٨٤ (١) ان امتداد الجلطة في

(١) دي برون . في معاونته على البحث عن الاوزيما المؤلمة . باريس ١٨٨٤

الاوردة الحرقفيَّة الى مساواة الوريد الاجوف الاسفل مما يعيق الانفلات لان طرفها الذي يمكنهُ ان ينفصل يكون بعيداً عن الثنية الأربية وعليهِ فلا يتسهل لانقباض الفخذ على الحوض ان يعاون على قطع الخثرة وانفلاتها

متى يزول الخوف من السدَّة الرئوية بعد ان يتخثر الدم في الوريد ؟ ذهب الاستاذ دامَسكينو الى ان الخطر يزول بعد شهر ونصف اذ يمتنع الانفلات . وقد بيَّنتُ في المقالة التي اشرت اليها ان الخطر لا يزول عند آخر هذه المدة

١٨٨ التشريح المرضي . لا بدَّ للوقوف على انفلات الخثرة من ذكر بعض ملاحظات عن الجلطة . هذه الجلطة تنتهي بجزءٍ على شبه الخيط منبسط في العموم يدعى بالنظر الى تكونهِ برأس الحية . وهي تلتصق على كامل علوها بالوريد الذي تولدت فيهِ التصاقاً شديداً ما خلا رأس الحية فانهُ لا يزال متحركاً ويكون في الغالب على مساواة منفذ وريدي . اما حراكه ومجلسه في نقطة يكون سير الدم فيها قويا فمما يعون على انفصاله . وقد يسهل ذلك لين مركزهِ وحؤولهُ الصديدي

اما الخثرة فلها الصفات الآتية : يُشاهد عند فتح الشريان الرئوي في احد تفرعاته الاصلية او الثنوية خثرة بيضاء سنجابية احد طرفيها متصلب واملس ومتين بينما ان الآخر المتجه نحو القلب يكون مشرزماً بين القليل والكثير . واذا كسرتهُ وجدت كسره ينطبق تماماً على كسر الطرف الانتهائي للجلطة الوريدية الراسخة فيدل جلياً على ان السدَّة

الوريدية قد انشأت عند تجزئها الخثرة المنفلتة التي تعلقت بالشريان الرئوي . ومما يدل ايضاً على ان السدة الرئوية لم تتولد في الشريان الرئوي كونها غير مفرغة في قالب فرعة الشريان الرئوي التي تحويها وغير متسقة اتساقها . فاذا اتفق ان تكون السدة الشريانية اسطوانية كان ذلك عن تكوّن خثرة ثنوية حول الجلطة الراسخة قد أحدثت حولها عند انفلاتها ووصولها الى الشريان الرئوي خثرةً جديدةً تمتاز عنها جلياً لوناً وصلابةً . فاذا ما فُتح الشريان حينئذٍ وقُطعت الخثرة التي تملأهُ وجدت مكوّنة من جزئين الواحد مبيض او مزرقّ جامد ومتين وقديم عهدٍ وهو راس الحية الذي قد انفصل عن الجلطة الوريدية والآخر الذي يحفّ بهِ احياناً رخوٌ محمرٌ حديث عهد ينسكب على الشعبة الشريانية التي تحويه

قد يتفق ان تتعدد الخثرات المنفصلة فتنفذ الشريان الرئوي وتغور في احدى شعباته بين القليل والكثير . وقد تنقلب هذه الخُثَيرات منشأً لاستحالة جاطية قليلة الحجم او كثيرته . فان كانت السدة متوحدة نفذت دائماً او في الغالب الشريان الرئوي الايمن وان متعددة فالشريان الايمن ايضاً يقبل اكثر اجزائها

اعلم ان انسداد احدى شعبات الشريان الرئوي لا يليه تغنغرٌ كما يحدث في سائر الاعضاء . لانهُ ليس من الشريانات المغذية بل من المعدة لتأكسد الدم . فالآفات الوحيدة التي تعتريه عقب السدة انما هي اوزيما الرئة واحتقانها واستهواؤها وارتفتها الخلالية المعروفة بالتضخم الكاذب النفثي الدموي

اذا كانت الخثرات المنفلتة غير بسيطة بل نوعية مصدرها عن التهاب صديدي داخل الاوعية الوريدية كانت المسألة حينئذ في سدات شعرية لا في خثرات مجمة قد سدت شعبة مهمة من الشريان الرئوي. وهي تجر لنوعيتها جراثيم عفنة ينشأ عنها في الغالب خراجات صغيرة كالخراجات الرئوية الانتقالية التي تحدث في التعفن الصديدي

اما السدات الدهنية فتشبه بالنظر الى تشريحها المرضي السدات البسيطة العادية مع هذا الفرق وهو انهُ عوض راس الحية ينفذ الشريان الرئوي جزء من النخاع العظمي او النسيج الدهني

١٨٩ الاعراض . قد توهموا طويلًا ان السدة قاتلة لا محالة الَّا انهُ قد تبين انها قد لا تعدم الحياة . وعليهِ فانّا نصف لها شكلين وهما: الثقيل والخفيف

الشكل الثقيل . قد يتفق ان يتحرى العليل عناء او ينتهض وقفة او يغير مجلسه او يتأثر لسبب يعتريه فيفاجئه الموت بغتة فيصرخ وينقطع نبضهُ ويقف قلبه ويكمد وجههُ فيموت في اثناء بعض ثوانٍ او بضع دقائق مصحوبًا بهذه الاعراض من غير ان ينذر شيء بهذا الانتهاء السيء . وقد يسبق ذلك احيانًا بعض ثوانٍ تقلصات خفيفة في عضل الوجه والاعضاء

قد يبطأ الموت في بعض الحوادث فيشعر المبتلي بانقباض وكرب امام القلب كانهُ مغشيٌ عليه فيستدعي الآخرين لاغاثته ويغمى عليهِ . فيستمر

بعض دقائق بارداً مجلداً وجهه كامد وعيناه غائرتان ونبضه وشك الانقطاع . فلا يستيقظ من هذا الهمود العظيم الّا عقب ساعة وزيادة فيأخذ يفيق شيئاً فشيئاً . الّا انهُ لا يمرّ قليل من الزمان او بضع ساعات الّا وتتكرّر الاعراض نفسها بالشدة عينها فتنتهي بموت العليل في النوبة الثانية او الثالثة

ن الاعراض السائدة في الشكلين السابقين انما هي اعراض الغشيان واحياناً اعراض الخناق ايضاً . فيصحب الكرب الناخس امام الصدر بهرٌ زائد واضطرار الى استنشاق الهواء ويضرب القلب ضربات صخّابة وسريعة وتزرقّ الشفتان وتجحظ العينان وتتندّيان ثم تنتشر الزرقة وتنخفض الحرارة فيموت العليل فريسة خناق بيّن الاعراض

٢ً الشكل الخفيف . قد تكون فيهِ الاعراض مدفونة فيتمّ انقلات الخثرة من غير ان يُشعر بهِ . وما من مشاهد يعن الفكر في من تصيبهم الأوزيما المؤلمة الّا ويتمكن من الوقوف على مثل هذه الاشكال المحمودة

قد يفاجئ العليل بهرٌ لحركة يتعمدها واحياناً من دون سبب ظاهر فيشعر في العموم بانحراف لا حد لهُ يصحبهُ قشعريرة وخفقان . فلا يزال على هذه الحالة مدة نصف ساعة او ساعة او اقل او اكثر . وقد تكون هذه الادلة خفيفة بحيث يُخيَّل اليهِ انهُ لا حاجة الى استافات الطبيب اليها . على انهُ حالما يضارع احد الاعراض ما ذكرناه آنفاً يخشى حينئذٍ وقوع اعراض ثقلى لان انقلات الخثرات يتوالى في العموم توالياً بين القليل والكثير . وكثيراً ما تعقب السدةُ القاتلة سدةً محمودة الّا ان ذلك لنادرٌ .

وقد تتوحد ظاهرات العلة او تتعدَّد وانما تكون في الغالب سليمة العاقبة

١٩٠ التشخيص . اذا ما فاجأ بهِ نوعي مع ما قدمناه من الاعراض شخصاً سليم الجهازين القلبي والرئوي لم يكن فيهِ ما يشف عن تسمم جرثيي لزم توجيه الفكر الى سدَّة شريانية رئويَّة . وقد يتقرَّر وجودها اذا ما كان العليل مصاباً باستحالة جاطية ظاهرة . الَّا اني قد بينت في المقالة المشار اليها آنفاً انهُ قد يتفق ان يبقى التجمُّد الوريدي مدفوناً وتكون السدة الرئويَّة اول ظاهرة على وجود الخثرة الوريدية ودخولها في الدورة الرئويَّة كما يحدث في ما وصفتهُ باسم الشكل المدفون للاوزيما المؤلمة . فيترتب اذن على الطبيب اذا ما بدت اعراض تشبه اعراض السدَّة الرئويَّة ان يتفحص جيداً عن العضوين الاسفلين لعلَّ فيهما آثار الم او أوزيما وان يستقصي جليا اذا كانت الاوردة السطحية قد حالت اوتاراً صلبة او كان فيها آثار دوالية او التهابية . فان لم يجد شيئا فيستقصي ايضا المعدة والجهاز التنفسي وان كان العليل امرأةً فليقف على حالة رحمها . وقصارى فايرَ اذا كان العليل متسرطناً او متدرناً او مهزولا او كان فيه . . يهيج الخثرة فجأةً في جهازه الوريدي

١٩١ الانذار . هو ثقيلٌ غير ان الاشكال المحمودة لا تكون نادرة وعليهِ فلا يكون الجزم بثقلها المميت الَّا عن عدم التمييز بين المحمودة والثقيلة

١٩٢ العلاج . ان العلاج الواقي لهُ اهمية كبيرة في هذا الداء . فينبغي اذن على من اصابهُ التهاب وريدي او استحالة جاطية ان يلزم

الفراش ويريح عضوهُ. وعليهِ فلا بدّ من لفهِ بجهاز من القطن المندوف الضاغط قليلًا وتركه ما امكن من الزمان. ثم يُفرض على المصابين بالأوزيما المؤلمة ان يلزموا الفراش اقلهُ شهرًا ونصفًا

اذا أُستدعي الطبيب حين وقوع السدة يجدر بهِ في بادئ الامر ان يمنع المصرفات الجلدية القويّة كالضمادات الخردلية او اللفائف الشديدة السخونة والحقن الجلدية الايثرية ومطرقة ميور . فاذا ضعف القلب وتشوش اتساقه او ازرقّ العليل وكان قويّ البنية فعليك بالفصد العام لانهُ قد يأتي احيانًا غايةً في النجاح



المبحث السابع
في الاستهواء الرئوي

ان استهواء الرئة (انفيزيما) هي علة تمتاز نظرًا الى التشريح بتمدد الخلايا الهوائية ودقة جدرانها . ولكن قد يتفق ان يتمزّق احد جُدُر الخلايا الهوائية او بعضها وينفذ النسيم خلال النسيج البينيّ فيكتسب دائرة الرئة ويفرق الغشاء المجال للرئة عما تحتهُ وهو المسمّى بالاستهواء القُصيصيّ البيني او الغشائي التحتي

١٩٣ اسبابهُ وتولُّدهُ . ان المذاهب في توليد هذه العلة لعديدة . زعم البعض انها نتيجة زُفر متعاظمة وفجائية على حدّ ما يحدث في السعال مثلًا. وظنّ آخرون انها تنشأ عن حركات شهيقية مفرطة تتم عندما ينسد لسبب

احد او بعض الاجزاء الرئوية فلا يداخله الهواء . ولكل من المذهبين قوة تؤيده لان من الاستهواء ما يكون عن عناء في الزفير ومنه ما ينتج عن الشهيق الاعتصابي اذ تنفذ الخلايا الهوائية كمية وافرة من الهواء . ونحن نذكر كلاً منهما على حدته بالنظر الى الاسباب

١ الاستهواء عن عناء زفيري وهو الاستهواء العادي . اعلم انه على رغم ما ذهب اليه العلامة لاينك قد تقرر ان الزفير يتجاوز الشهيق قوة بمعدل الثلث . فان المزمار يكون عادة مفتوحاً وقت الزفير فيمر الهواء سريعاً في خلل هذه الفوهة لانقباض العضل الزفيرية . لكن قد يتفق ان تنسد فوهة المزمار بين القليل والكثير عند ما تتقلص العضل الزفيرية فتمانع خروج الهواء من الجهاز الشعبي الرئوي فيرجع حينئذٍ بشدة الى الخلايا فيبسطها على نسب مختلفة . وهذا ما يحدث عند ما يتحرى المرء عناء او يسعل او يصرخ او يبدي نغمات عالية . وعليه فقد يصيب الاستهواء لاسيما من تلجئهم حرفهم الى تحمل العناء كالخبازين والمغنين والعتالين وغيرهم فانهم يتعرضون اكثر من غيرهم لقبول هذه العلة . وزد على ما قدمناه علل الجهاز التنفسي التي من شأنها ان تهيج الاستهواء لما تبديه من السعال كالالتهابات الشعبية البسيطة والشعبية الشعرية ولاسيما الشهقة

٢ الاستهواء عن العناء في الشهيق وهو الاستهواء تعويضي . اذا تعذر بسبب على قسم من الرئتين او من احدهما قبول الهواء الجوي المعد له فيتجه هذا الهواء حينئذٍ الى الفصيصات المجاورة السليمة فيداخلها ويبسطها

كما يحدث في بعض العلل الرئوية كالتدرُّن والتهيج والأوزيما والتصلب وذات الرئة وذات الجنب الانسكابية والالتصاقات البلورية والتشوهات الصدرية والانحيازات الفقرية

اما الاستهواء الفُصيصي البيني فقد يعقب الاستهواء الخلي او يبدو اوليا عن نوب سعالية او عن استنشاق ابخرة حرّيفة . وفي المولودين حديثاً عن نفخ رئوي يكون قويا

ان الاستهواء الرئوي يكون اشدَّ اصابةً للرجال منهُ للنساء . وقد يندر في الاطفال ويتواتر لا سيما في اخر سنّ البلوغ وفي الشيخوخة . واعلم انهُ ولو كان كل احد عرضةً للاستهواء لا يصاب بهِ الاَّ القابلون اذ لا بدَّ في المصاب من استعداد خلقي يكون في الغالب ارثيًّا ويمتاز بعدم مقاومة الرئة

١٩٤ التشريح المرضيّ . تبينُ الرئتان عند فتح الصدر منتفختين وزائدتَي الحجم والحجابُ الحاجز منخفضاً . فان كانت الآفة في رئة واحدة تمدَّدت على ضرر الرئة السليمة اذ تدفع نحوها الحجابَ المنصف والقلب والاوعية الغليظة . اما الاجزاء المصابة فتمتاز عن باقي الرئة بلونها المبيضّ وقوامها الرخو واللّين الشبيه بقوام القطن صلابةً . واذا تقصَّيت عن قرب الرئة المصابة شاهدت على سطحها النتوآت تقبّب الغشاء المجاور لها وحجمها حجم حبة الدخن . وهي تشفّ عن الخلايا الهوائية المنبسطة وهذا المسمَّى بالاستهواء الخليّ . ولكن اذا ما ثُقبت الفواصل الخليَّة البينيَّة واشتركت

الخلايا بعضها في بعض بلغت النتوآت حجم حبة لوبيا صغيرة وهو ما سمّوه بالاستهواء الفقاعي . فاذا ما غمزت النتوآت افرغتها من الهواء الذي تحويه وتبيّنت انهُ لا يمرّ تحت الغشاء الجبلي للرئة بل يندفع في القنوات الشعبية . واذا ما غمزت الرئة المصابة لم يسمع له صرير كما في الحالة الصحيحة وان وضعتها في الماء انغمست فيه اقلّ من الرئة السليمة

قد يحتل الاستهواء اجزاء مختلفة من الرئة ومن النادر جدًّا ان يعمّها بكمالها فيرتكز في القالب في قمتها وحافتها المتقدمة . وقد يكثر وقوعه في الرئتين الّا انهُ يكون متباين الدرجة

اذا ما تفحصت بالمنظـار المعظم عن رئة مستهوية منتباه فيها الآفة حدّها أثّر فيك في بادىء الامر ما تشاهده من الاتساع في خلال شبكة الشعريّة . فيزداد سطح البيتونات الشعرية فسحةً وفي بعض الاحوال تبين الاوعية نفسها صُغرى ودقى . ثم تبدو الحواجز الخلايّة بينيسة متنوبة على اشكال مختلفة. فنها ما يكون صغيرًا احفنهُ غير منسقة دقيقة ومنزفة تقابل خالًا شعريًا تحدّهُ اوعية ويشف عن وسادة خلية بشريّة مخاطية قد حالت حوُّلًا حبيبيًا وانعزلت عن موضعها . ومنها ما تكون ثقوبه مختلفة الاتساع يحفّ بها خطّ يتكوّن في اغلب الاوقات عن الياف مرنة . اما اذا اخذت جزءا رخوا لدنًا وتفقّدت فصيصاته الشديدة الاستهواء الفيتها متغيرة هيئة. فاذا استقصيت بالمنظار المعظم شاهدت جزءا من حواجز الخلايا قد اعتراه الفناء وآخر لا يزال حافظًا لحزم ليفية مرنة تحف به حفوفَ شبكةٍ متينة . بينما

ان الجوان الغشائي الذي تتكوّن عنهُ عادةً جدران الخــلايا يكون فانياً بين القليل والكثير فيشبه والحالة هذه إطارًا من ورق ينفذه البهلوان فيزّقهُ . وقد تتمزّق احياناً الحزم المرنة نفسهــا فتبدو على شـكل خيوط عائمة . وقصارى ان ترقّي الاستهواء الرئوي يمتاز من جهة بتضيّق اوعية الفُصيص وضمورها ومن الأُخرى بضمور حواجزها وزوالها

هذه هي آفات الاستهواء المزمن . وقد يكون الاستهواء حاداً فتتوقف آفتهُ على تعدد الخلايا الهوائية تعددًا زائدًا من غير ان يصيب جدرانها فسادٌ ظاهر . فيؤخذ من ثمَّ انهُ قد يكون هذا الشكل مبرئاً

قد يرافق الآفات الاستهوائية آفات أُخر رئويّة كالتدرُّن المنتشر والتصلّب وما اشبهها من العلــل التي هي من اسباب الاستهواء الرئوي . فاذا طالت مدة الاستهواء او عمَّ فسحــةً كبيرةً أحدث فيما بعد اعراض التضخم القلبيّ لتمدد القلب الايمن ناتجاً عمّا يتجشمهُ من العنــاء للاستظهــار على زيادة الضغط الناتج عن تضيق اكثر الاوعية الشعريّة الرئوية وعن زوالها

اما في الاستهواء الفُصيصي البيني فيتقبّب الغشاء المجالل للرئة لما يندفق بين الفُصيصات من النسيم الذي ينتقل عند الغمز تحت الغشــاء المصلي . اما النتوآت فتختلف منظرًا وحجماً وقد تشبــه في اغلب الاوقات معوام السمك . وقد ذكر الدكتور بوليو حادثاً قد بلغ فيهِ حجم النتوء في قاعدة الرئة اليسرى نفاخةً كبيرة احتسبهــا الحاضرون في بادئ الامر نفس المعدة . وقد يتفق ان يتمزّق الغشاء المصليّ فيحدث اذ ذاك اما استهواءٌ في الصــدر

او في الحجاب المنصف في وسعه ان يصيب النسيج الخلوي العنقي والوجهي حتى الجذليّ

١٩٥ الاعراض . يأتي العليل في اغب الاوقات يستطبّ منك لبهره الذي يكون بيّناً من ذاته يستشفه ادنى تفحص . فيتمكن الطبيب من الوقوف علي ان في تنفسهِ شيئاً خصوصياً اذ يكون الشهيق والزفير سريعين وشاقين فتتقلص العضل الشهيقيــة والزفيريّة التنويّة في الطورين وتزداد الحركات التنفسية ولا يتسع الصدر . ولا يزال العليل في احتياج الى الهواء على رغم ما يقاسيه من العناء . ورأسهُ منحنٍ الى الوراء وعنقهُ المائلة الى قدام يظهر قصيراً لانجذابهِ بما يرتفع من الصدر والكتفين . ووجههُ وارمٌ ومزرقّ وعيناه جاحظتان ورطبتان . فهذا هو منظر المصــاب بالاستسقاء الرئوي وهو كثيراً ما يميّزه لاول مشـاهدة . اما اذا نقّبت عن احوالــهِ وقفت على ما يأتي من الاعراض

١ً النظر . يوقفك على ان للصدر صورةً تختص بهِ فيكون أقبّ في الجهة العليا ومنبسطاً في السفلى وياخذ في جملته شكلاً كرويّاً مميزاً له . فتتسع حينئذٍ الاوراب وتحدّب وهذا من ادلّة الاستسقاء المنتشر . اما اذا كان جزئياً كان النتوء محدوداً ومتوقفاً على تقبّب تلقاء مركز الآفة اما بين الترقوة والثدي او بينهُ وبين حافة القصّ السائبة . وقد يتفق احياناً ان يرتكز في القمة فيبدو نتوء فوق الترقوة او ترتفع الرئة وقت السعــال على شكل ورم رخوٍ مَرِن ورنّان . ومقايسة الصدر تؤيد ما نحن فيهِ

٢ً الجسّ . يوقف الطبيب على نقصان في الاهتزازات الصدريّة تلقاء النواحي المصابة . ثم على تعاظم في نبضان القلب الايمن يبدو على شكل ضربات في القسم الشراسيفي

٣ً القرع . ينبئك بن الصوت ارنّ واصفى مما يكون في الحالة الصحية . لكن اذا تزايد الاستهواء واشتدّ تمددت جدران القُصيصات للضغط الجوّي وانقلب الصوت اطرش واخفى لا أصمّ صرفاً . ومن انباء القرع ايضاً اندفاع الاعضاء المجاورة للرئة . فينخفض الكبد انخفاضاً بيّناً ويهبط رأس القلب . واذا كان الاستهواء عظيماً توارى كل أثر يدل على صمم القلب اذ يتغطى هذا العضو على كل امتداده بصفيحة من الرئة اليسرى

٤ً الاستماع . يبدو اللغط التنفسي عند الاستماع مضطرباً في نوعه . والشهيق خشناً وصخاباً ورشفياً واحياناً صفيرياً والزفير خشناً ايضاً ومستطيلاً . وقد ينقطع اللغط التنفسي تماماً عندما يكون الاستهواء زائداً وقلّ ما يُسمع غطيط خفيف وقت الشهيق القوي . اما الخراخر الصفيريّة والشخيريّة والسعال والنفث فتختص بالالتهابات الشعبية التي كثيراً ما تشارك الاستهواء الرئوي

هذه هي اعراض الاستهواء الرئوي . ألا انهُ قد يتفق بعد زمان يكون في العموم جملة سنين ان تقع اعراض كثيرة لا تناط بالآفة التي نتصدّى لها انما تنشأ عن تأثيرها في القلب . فيزداد البهر ويفد الخفقان معرباً عمّا يقاسيه القلب الايمن من الصعوبة في مناقضته الضغط المتزايد في الجهاز الرئوي .

ولكن حينما يفقد القلب كل ما له من القوة ويمسي تضخم أليافه العضلية عاجزًا عن ان يعوّض قصور الصمامة الثلاثية تبدو حينئذٍ الاوزيما في العضوين الاسفلين وتحتقن الاعضاء وتهبط قاعدة الرئة وتظهر عرض ارتخاء القلب وقصوره عن عمله

لكن قد يعتري العليل قبل ان يؤدّي بهِ الامر الى هذه الحال جملة نوب تمتاز بصفاتها الخانقة وتثور لادنى عناء يتجشمهُ المصاب في مشيه او تختص بالتهابات شعبية ملازمة يهيجها اقل سبب وتشفّ عن استعداد في المريض لقبول التهابات الغشاء المخاطي التنفّسي

١٩٦ السير والمدة والانتهاء . اذا ما كانت العلة خفيفة عاش المصاب زمنًا طويلا من دون انزعاج مهمّ . اما اذا كانت ثقيلة ومنتشرة فلا يزال عرضةً للتهيجات الرئوية و نزلات الشعبية فمن أقلّ التهاب في الجهاز التنفسي يكون فيهِ ثقيلا . ثم لايلبث القلب الايمن ان يتمدد فتقصر صمامتهُ الثلاثية عن وظيفتها فيمسي الانذار هائلًا

لا تثق بما قيل زمانًا طويلا ان استهواء الرئة وتدرنها هما من المتنافيات . فكما ان التدرُّن الرئوي قد يثير استهواء تعويضيا كذلك لا ينفي الاستهواء الاوليّ انتشار تدرُّن ثنوي وان لم يعاون على دورانه .

اما الاستهواء القُصيصي البيني فيخلو من الاعراض اذا ما كان محدودًا . اما اذا ما كان عامًا فيمتاز ببهرٍ شديد ويظهر في اكثر الاوقات انتشار الغاز في مقدم العنق

١٩٧ التشخيص . تتنكر هذه الآفة في العموم الّا عندما تكون كثيرة الانتشار وعظيمة الشدة كما انها قد تتنكّر لاسيما اذا ما كانت تعويضية عن علة رئوية ثقيلة كما في ذات الرئة والتدرّن . فان العلة الرئوية التي تشير الاستهواء تستلفت وحدها فكر الطبيب اليها والاستهواء يبقى في غالب الاوقات غير مدرَك

لكن اذا كان الاستهواء عظيماً والبهر شديداً بحيث يبدي القرع صوتاً اكثر صمماً مما هو في الحالة الصحية توهم الطبيب الذي لم تحنكهُ التجارب وجود انصباب بلّوري مع ان صدر العليل قد يكون متمدداً واهتزازاتهُ مفقودة والاستماع سلبيّاً واللغط التنفسي مفقوداً ايضاً

١٩٨ العلاج . اذا كان الشخص مستعدّاً للاستهواء كان لا بدّ من حملهِ على تجنب الاسباب التي من شأنها ان تهيج هذا الاشتراك كالرياضات الشاقة والعناء الجثماني . ومداركة ما يثير فيهِ السعال النوبي او التشنجي بمعالجات قوية

اما الاستهواء نفسه فلا يؤثّر العلاج فيهِ الّا تأثيراً ضعيفاً فمن المستحسن احياناً استعمال استحضارات يودور البوتاسيوم كما أشار اليهِ الدكتور جرمانوس سه . ولما كانت الافيونية تخمّد البهر كان من الملائم ضمّ الافيون او احد املاحهِ الى يودور البوتاسيوم على الصورة الآتية :

شراب الطولو	١٢٠	ج
هيدور كلورات المرفين	٠،٠٦	سج

يودور البوتاسيوم	٦	ج
كحولاتور البيش	٢	ج

يُمزج ذلك ويؤخذ منهُ ملعقة كبيرة صباحاً عند النهوض وأُخرى مساء عند الرقاد

قد تنجح احياناً هيدروكلورات النشادر في البهر الاستهوائي وان قصرت كثيراً في النوب الربوية. فيمكن استعمالها من جرام الى جرامين في النهار اما صرفاً واما مقرونة بالجرعة السابقة

امــا استحضارات لوبيليــا فتنجح ايضاً في بعض الحوادث الاَّ انهُ لاينبغي الاعتماد عليها . فاني أُوثر استعمالها صبغةً من جرامين الى ثلاثة في النهــار مقرونة بعقاقير اشدّ منها فعلاً كالافيون ويودور البوتاسيوم . وقد اطرأ بعض المؤلفــين الاسترِكْنين (الجوزين) او الجوز المقيّ غير اني لم ار فيهِ فائدة البتة في العلة التي نحن فيها

ومن الوسائط التي يداوى بها هذا الداء الطرق الميخانيكية كالاقامة في وسط هواء مضغوط بعض دقائق او نصف ساعة . ومنها استنشــاق الهواء المتخلخل مدة ايام . فان تعذر على المصاب الحصول على الواسطــة الاولى في سورية لنقصان الابنية التي يكون فيها الهواء مضغوطاً تمكن من استعمال الواسطة الأُخرى . وحسبهُ ان يقضي فصلا في احدى القرى اللبنانية التي يكون موقعها على ٥٠٠ او ١٢٠٠ متراً فوق سطح البحر

هذه هي الوسائط التي يمكن استعمالها في الاستهواء الرئوي . بيد انهُ

لا بدّ من وسائط أخرى تمكّن من تخميد البهر. فمنها الاستحضارات الايثرية كشراب الايثر بان يؤخذ منهُ اما ملاعق كبيرة واما صغيرة او محلول هوفمان من ١٥ الى ٢٠ نقطة في ملعقة ماء كبيرة . وقد يلائم ايضاً استنشاق بعض نقط ايثرية على منديلٍ او بعض نقط من يودور الايتيل او نترات الآميل. وقد يكون الاكسيجن مفيدًا في هذه العلة. ومما ينجح ايضاً التبخّر بمواد راتنجية كاللبان او باوراق نباتات باذنجانية الفصيلة كالتفاح والجوز الماثل والبنج أو القنّب الهندي

المبحث الثامن
في التدرُّن الرئوي

مرادفهُ . السلّ الرئوي

ما هي الوسائط التي تمكّنُ من الوقوف على التدرن ؟ ان الجواب عليهِ لم يكن دائماً سهلاً كما هو الآن. فقد تحمّل الاطباء زمناً طويلاً الكشف عن طبيعة هذه العلة والحق يقال ان الدكتور لاينك الفرنسي كان اول الواقفين على طبيعة هذا الداء

قد نزّل هذا العلّامة الدرن منزلة جسم غريب او تكوُّن جديد خلافاً لما كان يزعمهُ الدكتور بروسه من انهُ التهابيّ الطبيعة . ثم طفق يثبت ان الدرن الاصفر والسنجابي وذات الرئة الجبنية انما هي متوحدة الطبيعة وتختص بالتدرُّن . وقد نفّر في هذا المذهب الالمانيون طويلاً لتمسُّكهم باثنينية

السل الرئوي . ولما لم يكن لاحد هذين المذهبين مزية على الآخر لاحتمال النقيض كان من شأن المعارضة ان تدوم او يؤدي بها الى الاطالة . الّا انهم وقفوا اخيرًا في فرنسا على اكتشاف قد غيَّر بالكلية ما كان يتصوره العلماء في طبيعة التدرُّن

قد اوقف الدكتور ولَّمن في الخامس من كانون الاول سنة ١٨٦٥ الندوة الطبية في فرنسا على ان التدرن تلقيح وان المادة الدرنية اذا ما أُلقحت بها بعض الحيوانات لاسيما الارانب جعلتها متدرّنة . وكان الدكتور المشار اليه يلقح تحت جلد الارانب الدرَيْنات او المادة الدرنيـــة او بصاق المتدرّنين فيبدو بعد اربعة او خمسة ايام في النقطة الملقحـــة درن موضعي تحت الجلد حجمهُ حجم حبَة القنَّب او لوزة صغيرة . ثم تتدرَّن لعقد مقابلة وتصيب اللحمة الدرنية الاعضاء الرئيسية وهي الرئة والكبد والطحال والكليتان . اما ادرن التلقيح التي كان وجودها نادرًا في هذه الاعضاء قبل اليوم الخمس عشر من تلقيحها كانت اما دريـــــت سنجابية شفيفة واما ادران صفراء غايطة المركز واما كتيلات جبنية يختلف تاليّنها باختلاف بعد الزمان او قربه الذي يتم فيه تلقيحها . وقد تكررت هذه العملية على حيوانات مختلفة الانواع او غير مختلفتها بحيث يؤخذ من الاول ما يلقح به الثاني ومن الثاني ما يلقح به الثالث وهلم جرًّا والمرض مع ذلك لا يخف بل يثقــل كأن السمّ يزداد مع عدد التلقيحات

ولما اشتهر الدكتور ولّمن بما أتى به من المباحث تاصبه كثيرون

من العلماء وشنّعوا عليهِ المقال لما الفوه من التقليد . ولم ينقد جمهور الاطباء لمذهبه الّا بعد ان كثرت المساجلات لان الاقلاع عن مذهب قد طال ملتمسهُ لا يكون الّا صعب المزاولة . ولما كانت المكاثرة في ما استشفهُ الدكتور وِلْمَن متوقفة على تكرار الامتحانات وجّه الفكر اليها جمهور من العلماء وصرفوا العناية فيها فلم يتسق لهم الامر لانهم لم يتدبروا من الاحتراس ما كان ملائمًا ووافيًا لخبطت مساعيهم واتت نتائجهم متنافية . فمنهم من لقّح من غير طائل ولا نتيجة ومنهم من زعم ان كل ما يدخل في جرح من موادّ صديدية مهما كان الامر من طبيعتها ومن قطع الكبد او الكلية ومن نسالةٍ او فلين او غيرها شأنه ان يحدث التدرُّن لاسيما في الارانب

اما مُساجلوا وِلْمَن فلم يفلحوا لاسباب: منها انهم توهموا ان المواد الملقحة غير درنية مع انها درنية مثل الصديد الذي يتأتى عن علل عظمية مزمنة هي تتضمن في الغالب الفاعل الدرنيّ النوعيّ . ومنها انهم كانوا يتحرّون تلقيح موادّ غير درنية بمشراط استعملوه لتلقيح مواد درنية من دون ان يرحضوه بما ينبغي من الاحتراس الذي لا بدَّ منهُ في مثل هذه الحوادث. ومنها انهم كانوا يستتمّون الامتحانات في غرف التشريح التي تكون مفعمةً عادةً سمًّا درنيًا . ومنها اخيرًا وجود الحيوانات في قفص واحد ملقحة كانت او غير ملقحة فيتسنّى انتقال العدوى بينها

ومن اسباب الخطاء ايضًا خلط التدرن باحدى الآفات التي اوردها الدكتور هيپوليتوس مرتينوس باسم التدرُّنات الكاذبة . على انك اذا أُدخلت

في صفاق (باريطاروت). ارنب مسحوق عرق السوس و مسحوق آخر حضرعة وفي صفاق أرنب آخر مادة درنية نمت في صفق كل منها خمسة عشر يوماً من تلقيحها حبيبات في الغشاء المصلي بعضي تبين متوحدة الطبيعة مع ان الآفة ليست واحدة فالاولى درنية حقاً والاخرى كاذبة . وهذا ما ثبته الدكتور المذكور هيپوليتوس مرتينوس في ما أتى به من الاختبارات العديدة . فانه التقط حبيبة من ارنب لقح بمسحوق عرق السوس ولقح بها ارنباً آخر فقط . فلم يزل يكرر هذا العمل من واحد الى آخر حتى امسى التلقيح لا طائل تحته في الرابع والخامس لان السم أخذ يتناقص من شيء حتى انتهى الى الاخير

اما التلقيح الذي تحرّاه عن الدرن حقيقيــة فنتجت نتائجه نسبيــة متسلسلة متزايدة من واحد الى آخر فجــاءت نتيجته مميزة بين الاثنين بما يزيح كل شك

فبناء على ما اوردناه من الاختبارات جاز لنا ان نتمثل بالدرن مميزة مرض نوعي لانه لا يتولد الا عن مثله . وسائر الآفات الاخرى التي يتبين انه يتزايد في البنية . انما الجدير بنا قبل ان نأخذ في بيانه ان نفصل ما بين السم العادي والناشئ عن اللقاح الادران ونفصح عما يفهم بالمرض نسأله

اعلم ان فعل السم العادي في البنية يكون منسوباً الى المقدار نسبة الذي يتشربه المسموم بينما ان فعل السم النوعي يوشك ان يكون منعزلاً عن مقداره . فقد تكون الكمية قليلة جداً والتأثير يأتي كمية وافرة . فلا سبيل والحالة هذه الى ادراك مفعوله أو نقول بتزايده في البنية و اختلاطه

باركان حية . وعليهِ فان التنمّي ينطبق على جميع الامراض السامة وطبيعة التدرن السامة تؤيدها الاختبارات التلقيحية وطبيعتــهُ التي تتنمّى قد سبق الفكر اليها قبل ان يتحرَّر خبيوتها

قد افترض الاستاذ بوشار ١٨٨٠ وجود الجراثيم الدرنيــة وأثبت ان القول بالتنمي انما هو من أصدق الافتراضات

وما زال العلماء ينقرون في هــذه الجُسيمات و يتوسعون في التجــارب والتحقيقات الى ان نبغ الدكتور روبرتوس كوك فاكتشف الحُبيوين الدرني اعني بهِ الانبوبيَّة الدرنية ووصفها وأفصح عن وجودها في المسلولين وفصلَها بتوسط التكثُّر واستحدث من العلة الاولى بما كان يتجشمــهُ من التلقيح علة أخرى مجانسة لها . وقد تحرَّى من الطرق ما كان سبقهُ اليهِ العلاَّمة بستور الشهير في تفحصه عن الجمرة الخبيثة

توجد الانبوبيــات في جميع التولدات الدرنية كالحُبيبات السنجابيــة والادران الصفراء وذات الرئة الجبنية وجدران الكهوف والعقَد الليمفاويَّة والناميات القطرية المفصلية وادران العظام وغيرها وفي نفث المتدرنين وغائط من يصيبهم تقرُّح معوي وبول من تعتريهم آفات درنية في المسالك البولَّية وصديد الخراجات الدرنية وهلمَّ جرًّا

اذا عالجت هــذه الانبوبيات بالفوشين او بمحلول قاعدي من النيلــين انفصلت عن سائر النقاعيات التي هي على شكلها ببقائها على لونهـا ولو أضيف اليها محلولٌ ثلثهُ من حمض النتريك . بينا ان الجُسيمات الأُخر يحول

اونها اذا ما وُضعت فيه على ن الجسيات الدرنية اذا تلونت هان تفحص عنها فهي عصيات في غاية من الدقة طولها طول ثلث قطر كرية دموية حمر . فاذا تفقدتها بمجهر يكبر قطرها الف مرة عما هو عليه فيتبين كأنها مؤلفة من حبيبات متضامة الاطراف على شكل مسبحة وهم يتبينو ابداً انها ذات حراك

ان وجود الانبوبية في تولد ت لدرنية و نتفهم من للادرنية كان من شأنه ان يمكن من الوقوف على همية الكبرى وعلى كونها مقومة لفاعل الويلي . الّا ان ذلك لم يكن من البرهانات ببتة وان تيانيقية فحوج الامر الى عزل الجسيم وتكثيره في بيئة ملائمة ثم تنقيحه بعد ان يتكرر تكثيره مراراً متواصلة وهذا ما احسن عمله لدكتور روبرتوس كوخ

قد ادته خاتة ما تجره من التجارب والتحقيقات في ن قورن ن حسن بيئة لتكثير الجسيات الدرنية اي ن احسن مادة تتشربها لانبوبات الدرنية وتربى منعزة وان تلاشت سائر الجسيمات انما هي المصـل الدموي الذي يعقمونه اي يعزلون عنه كل جرثومة . وكيفية عقمه ن يوضع جملة ايام كل يوم ساعة في موضع يكون معـدل حرارته ٥٨° درجة ثم يسخن طويلاً على درجة ٧٠° فيجمد ويبقى شفافاً وحينئذ تبـذر فيه الجسيات الدرنية . الّا انه لا بد من بقاء الحرارة على معدل ٣٨°

ترى اليوم الخامس عشر او العشرين من بذر الجسيمات في كل نقطة متزرعة بقيعات غير شفافة مؤلفة من جملة انبوبيات . فاذا غمست ابرة مقومة .

في وسط النقطة الغليظة ثم رفعتهــا وادخلتها في انبوبة مملوءة مصلًا دمويا معقوماً انشأت ثانيةً في النقطة المخوزة كثيرًا من الجسيمات التي تجانس الاولى. فاذا كرّرت هذا العمل مرارًا ادّاك دائمًا الى العثور على جسيمات مجانســة للاولى والجسيمات الدرنية

لم يقف الدكتور روبرتوس كوك عند ذلك بل اثبت تتمةً لبرهانهِ ان الانبوبيات المتأتيــة عن التكثير الخــامس عشر او العشرين اذا مــا لُقحت اولدت التــدرُّن . وعليهِ فلم يلبث ان لقح ارانب وخنــازير هنديّة بل جرذانًا وكلابًا وهي من الحيوانات التي لا يكون تدرُّنها الّا صعب الملتبس . وقد تبيَّن ان الانبوبيات المتدرنة عن التكثير اذا ما أُدخلت في الصفاق أدرنت الحيوانات ادرانًا آكدَ مما تحدثهُ المادة الدرنية نفسها وربمــا ذلك لوجود فاعلّ العدوى على حالة الصرف

يؤخذ مما قدمناه ان التدرُّن مرض طُفيلي او ورْثي وهذا التصور انما ينبغي ان يحدو بنا الى وصف هذه الآفة . لان من شأنه ان يوقفنا على ما ينجم عن هذه العلة من النتائج المهمة

١٩٩ الاسباب . اعلم ان التدرن لما كان علة ورشية وكان وروشهُ لا ينمي الّا على حرارة تتذبذب بين ٣٠° و ٤٠° درجة اي على معدل حرارة الجسم البشري كان من البيّن ان ليس في وسعهِ ان ينتشر في الخــارج عن بدن الانسان او الحيوان . وعليهِ فانتجوا ان كل مسلول انما تجري العدوى اليهِ عن آخر. فاذا سلمنا بتدرُّن ينشأُ من تلقاء ذاتهِ اضطرنا الامر الى القول

بالتولد الذاتي وهو باطل اذ كل حي انما يتولد من حي

بقي علينا ان نتبين المنافذ التي تخرقها المقاعيات الدرنية في البدن فهي لا محالة كثيرة لوقوع التدرن على وجوه كثيرة

١ً الاغشية الخارجية . قد يكتسب الشخص التدرن على طرق مختلفة اما عن التلقيح رأساً عند كشف رمة متدرنة وذلك نادر . واما عن تلقيح يعقب جراحة خارجية او آفة جلدية كما يحدث عند اختلاط الاشخاص المتدرنين في المستشفيات وغيرها

٢ً المسالك الرئوية . ان العدوى تكون اشد تواتراً بتوسط هذه المسالك وقشع المتدرنين يكون الفاعل فيها . فانه يحوي عدداً غفيراً من المقاعيات تستمر فيه مدة ايام وان جف وحال هباء حافظة لجميع ما لها من الخواص السامة وفي وسعها ان تنفذ الشعب وتنتشر فيها . فلا غرو والحالة هذه من انفعام غرف المتدرنين جراثيم درنية تبث العدوى متتبعة طريق التنفس في من يكون مستعداً ولو قليلا لان يتدرن . وقد اثبت الدكتور تاپينه بامتحانات تعمدها ان العدوى تنتقل باستنشاق الهواء فأخذ لذلك كلاباً واغلق عليها اقفاصاً ضيقة ثم اوصل اليها بمحقنة بصاقاً درنياً بعد ان خالطه بكمية من الماء فتدرنت الكلاب على رغم مصادمة طبعها للتدرن وما ذلك الا من الادلة الناطقة بصحة امتحانه

٣ً القناة الهضمية . قد اطعم الدكتور شوفو عجولاً مادة درنية فتدرنت بينا ان عجولاً أخرى لم ينتشر فيها الدرن ولا بدت فيها علامات الآفة

مع انهُ اطعمها وعلفها نظير الأخرى

٤ً المسالك التناسلية. ذهب الدكتور ڤرنول الى وقوع التدرُّن بطريق هذه المسالك وقد عوَّل في تفسيره اياه اما على التهاب الخصية الدرني واما على القروح الدرنية التي تحتل عنق الرحم

لكن وان كنا على يقين ان التدرُّن انما هو نتيجة العدوى فبعض الاطباء يذهبون في بعض الظروف الى نشأته من ذاته فيقسمونهُ الى نوعين وهما الاكتسابي والذاتي اذ لا يتهيأ لهم احيانًا بيان اصل العدوى . نعم قد يشكل هذا الامر ولا يتسق بيان اسبابه في المدن لتكاثف الشعوب ومواصلة المعاملات الّا انهُ لا يكون بعيد المتناول في القرى والمدن الصغيرة لتعارف القوم وانقيادهم الى طبيب واحد يتفحص من احوالهم المرضية

ومن العجيب كيف يكون البعض في لبس في امر عدوى السل وهم لا يستعجبون امر العدوى في الحُمّيات النفاطية . هل يقدرون ان يعينوا الزمان الذي بهِ تصيب العدوى مريضاً سواء كان ذلك عن الجدري او القرمزيّة ومع ذلك لا يقوم نكير عليها. انّا على يقين ان كل من ينعم النظر في عدد المتدرنين حقيقيةً وفي الذين لا يدرون انهم متدرنين والذين يكونون في المستشفيات والمعامل والبيوت والازقة والاندية العمومية لا يكون في حيرة في امر العدوى بل في عدم اصابتها للجميع

لا يخفى ان العدوى انما تكون بالنسبة الى التعرُّض لها فكلما تعرّض

الشخص لما انشبت فيه وعليه فانا نرها تغتال اهل المدن وهي نادرة في الجبال والارياف . وتكون اشد انتشار بالنسبة الى موصلة الاشخاص واختلاط بعضهم ببعض ولذلك فان العساكر وان كانوا شبانا اقوياء يموت الكثير منهم فريسة هذه الآفة . فان الذين يموتون متدرنين في العسكر الفرنسي هم بالنسبة الى الذين يموتون من غير علة مثل ١ : ٣ . وهذا الامر لايمكن عزوه الى ما يقاسونه من المشقة والسهر اذ لايكون له وقع كبير بين العساكر المحاربين على رغم ما يكابدون من الاتعاب والمشاق الهائلة بل يكون فيهم السل نادرًا

ان الاقامة بالمستشفيات خطرة لتكاثر عدد المتدرنين في غرفها وهو الدال على تواتر السل في وكلاء المرضى وفي الذين يكونون مصابين بعلة مزمنة اضطرتهم الى الاقامة طويلًا بالمستشفيات فقد يموت كثير منهم فريسة التدرن . اما الراحض من الرجال والحيوانات فلا يصيبهم السل ابدًا

ولقائل ان يقول : كيف لا يسل كثير من الادم الذين يتعرضون للعدوى طويلا لاقامتهم ببيئة درنية مثل المستشفيات وغيرها ؟ والجواب انهُ لابدَّ من الاستعداد الشخصي لقبول العدوى علاوةً على الابوية الدرنية . فكما ان كل ارض لاتثمر الاثمار نفسها كذلك لايكون كل امرىء اهلًا لان يصير متدرنًا . وعليه ينبغي لنا ان نتفحص عن الاسباب التي تعاون على العدوى وتهيئ الشخص لقبولها ودوران الجسيمات الدرنية فيه وقصاراي ما هي الاسباب المهيئة ؟

الاسباب المهيئة . ان اخص هذه الاسباب الوراثة . فهل يمكن ان يولد الانسان متدرنًا اي هل يمكن ان يكتسب السلّ وهو جنين ؟ الجواب على ذلك لم يتقرَّر الى الان على وجه باتّ . فالذي يتخذه الجنين عن والديهِ انما هو بنية ملائمة لدوران التدرّن فيها . فمن المرجح اذن ان تأثير الوراثة انما يكون على هذا الوجه

قد ينتشر التدرُّن في اشخاص غير مهيئين لقبولهِ ولا مولودين من ابوين ضعيفين بل قويين وسليمي البنية ذلك لما قد يعتريهم من الاحوال التي تهيئ بدنهم لقبول العدوى واخصها الاسباب المضعفة . وأهم هذه الاسباب المضعفة انما هي قلة التغذية سواء تأتت تارتهُ عن قلة الغذاء او عن ضنكهِ في العيش او عن قهم ينوط بالاختناق الرحمي اوعن تضيق المريّ او سرطانهِ او تقرُّح المعدة او اسهال مزمن . وقد تكون التغذية طفيفة بالنسبة الى ما يقاسيهِ الانسان . فان من يعاني الاتعاب الناصبة ولا يغتذي بما يكون مناسبًا لها يتهيأُ لامحالة لقبول التدرُّن ومثلهُ الاولاد الذين يبدنون سريعًا فلا يتمّ تمثُّل ما يأكلونه بما يكون وافيًا لصيانة البدن ونموّه . ومن هذه الاسباب الحَبَل والرضاعة وقد عرفهما الاقدمون انهما من اكبر اسباب السلّ . ومنها ايضًا الديابيطس والانسمام الكحولي والاقامة بمكان يكون الهواء فيهِ محبوسًا والانفعالات النفسانية وقصارايَ ان جميع الاسباب الجارَّة وهنًا عميقًا في البنية تعاون على نشبة التدرُّن

هذه هي الاسباب الموهنة للبنية باعتبار انها تهيئها للتدرُّن ونحن

نشفعها بذكر اسباب أخر . فمنها الالتهابات الشعبية والرئوية التي تعدّ البنية لدوران التدرن فيها . ولا يخفى ان السل قد يبتدئ في الغالب برشح او بالتهاب شعبي وقد ظنّ كثيرٌ من المؤلفين انهما يكونان من اول ظاهرات التدرّن . غير ان ما اوردناه من الاكتشافات الحديثة يُمكّنا من تنزيل الالتهاب الشعبي منزلة شرط يعاون على انتشار التدرّن لِما يعتري الشعب من التناثر فتتلقح الجسيمات الدرنية التي يستنشقها الشخص مع الهواء الجوي . ومنها الحصبة التي كثيرًا ما تكون سببًا لدوران التدرّن لاسيما في المستشفيات ومنها ايضًا الشهقة والنزلة الصدريّة الوبائية

قد وقف الاقدمون على ما بين ذات الجنب والتدرّن من النسبة وقد شفعوها بشرحين : فذهب قوم الى ان ذات الجنب انما يكون من اول ظاهرات تدرّن مدفون . وقال آخرون ان التدرّن انما ينتشر عقب ذات الجنب لان ذات الجنب يهيئ البنية لقبوله . والحق يقال انه ليس لاحد هذين المذهبين مزية على الآخر فقد يمكن ان يكون كلاهما صحيحًا في شيء .

ولكن كيف يمكن لذات الجنب مع كونها التهابية صرفة ان تهيء البنية لقبول التدرن الرئوي ؟

اعلم انه من المرجح ان ذات الجنب لعمزها الرئة تثير فيها وفي الشعب التهابًا من شأنهِ ان يسهل دخول الجراثيم والتشويش الدورة الرئوية تعاون على انتشار التدرّن . ويظهر تأثير هذا التشويش في الدورة من حدوث

الأدران في قمتي الرئتين ومن نتائج ضغط الشريان الرئوي . فقــد شوهد ان تواتر التــدرُّن لايكون محمولاً فقط على ما يصيب الشريان الرئوي او صماماتهِ من الآفات الخاصة بهِ بل على اي ورم يكون في وسعهِ ان يشوش الاوعية ويعيق الدورة كالاورام الوعائية والسرطانية وحؤُول العقد او التهابها وهلمَّ جرًّا . فكيف يتسنَّى لنا اذن بيان التدرُّن وعزوه الى هذه الاسباب المختلفة ما لم يكن قصور في توارد الدم الى الرئة

ان التدرُّن الرئوي يكون كثير الحدوث من سّن العشرين الى الثلاثين ويصيب على السواء الرجال والنساء . اما الزنجيُّ فاشدُّ استعدادًا لهُ من الابيض الَّا انهُ يستولي خاصةً على الفقراء والعساكر وخدمة المرضى

اما بالنظر الى المناخ فيكون التدرُّن اشد تواترًا واسراعًا في الحــال الحارة منــهُ في الباردة لاسيما في البلاد التي يكثر فيها تغيُّر الطقس فجأةً . فان الارتفاع فوق سطح البحر لهُ اهمية كبيرة في اضمحلال هذا الداء . وقد ذهب الــدكتور جاكود الى انتفائه بالكليــة في انكادين بسويسرا التي تعلو فوق البحر من ١٣٠٠ الى ١٤٠٠ مترًا . وعليهِ قس باقي الجبال من لبنان وغيره

قد حاول احد اطباء العسكر الفرنسي بودِن الشهير ان يبيّن ما بــين التدرُّن والانسمام الآجامي من المناقضة فاتى بنتائج جليلة وقد رأيت في سوريَّة مايؤيد ما ذهب اليهِ هذا الدكتور

 التشريح المرضي . ان الدرن تولُّد جديد لبني جبني عُقَيــدي

مميز لعلة تُدعى بالتدرُّن

اذا تفحصت عن درنٍ قد بلغ الانتشار بوءغية تمّ تميتهُ على الصورة الآتية : كروي الشكل او بين كثير الاستطالة وقيمها في جزء المركزي بعض الانتفاخ . واذا قطعتهُ وجدتهُ مركباً من طارين الواحد مركزي والاخر دائري يتمايزان لاسيما عندما تلون القطعة بلون الپكروكرمين . واذا تفحصت عنها بالمنظار المعظم تعظيماً خفيفاً الفيت حينئذٍ الإطار المركزي مركباً من كتلة صفراء قد لونها شديداً الحمض الپيكريك . والدائري وردي اللون قد لونهُ الكرمين وهو مؤلف من خلايا حديثة جنينية فما كل ما للخلايا الالتهابية من المميزات

اما اذا فحصت عن درنٍ حديثٍ عند تولّده وقفت على ان لا وجود للإطارين المذكورينِ وان هذا الدرن الصغير مؤلف كلهُ من خلايا جنينية توجد على دائرة الدرن البالغ

يؤخذ من ثم ان مركز الدرن اليافع اذ ما اكتسب المنظر الذي وصفناه دلّ على حول قد اعتراه مجانس لما يحدث في الخلايا البشرية الخاطية عند ما تحول حؤولاً جبنيا دهنيّ . وقصاراي ان مميز الدرن البالغ عن الحديث انما هو الحؤول الجبني الذي يستولي على الخلايا الجنينية التي تشغل مركزه وهذا الترقي ينتهي بالإفناء او الموت

لكن قد يتفق ان يحول الدرن الحديث حؤولاً يؤول الى الشفاء وحينئذ تبلغ الخلايا الجنينية او المستديرة قبل حولها وتنقلب مغزلية الشكل

شبيهة بخلايا النسيج الليفي فتحيل الدرن الى كتيلة ليفية لايجيء على اثرها ضرر

فالدرن اذن دوراتان وهما الدوران الجنيني والدوران الليفي وعليه فتختلف الاعراض باختلاف الدوران والتئام الادران . وهذا الاختلاف في الدلائل قد ادَّى الى مساجلات طويلة بخصوص إثنينية التدرُّن . وقد تشعبت الآراء في ألمانيا الى ان بخ احد الالمان فنقضها نقضاً باتًّا بما تعمَّده من التجارب التي ادَّته خاتمتها الى بيان وجود الانبوبيَّة الدرنية في جميع مواد التدرُّن من الاشكال الدليلية

اعلم ان الدكتورَين الفرنسيين كرنشه وتاون قد كانا سبقا الدكتور روبرتوس كوك بزمنٍ مديد في اكتشاف الجراثيم الدرنية وقد بينَّا بما ليس ورائهُ متطلع لناظرٍ ان كلًّا من التحبُّب الازرق والدرن الاصفر او الدرن للاينك وذات الرئة الجبنية انما ينشأُ عن علة وحيدة وهي الدرن ويناط بآفة واحدة وهي التدرُّن

هذا ونحن نتكلم بالتوالي على اشكال المرض المختلفة بالنظر الى تشريحهِ المرضي

١ً الشكل الرئوي او ذات الرئة الدرنية . قد يعتري بعض المرضى اعراض تشابه اعراض ذات الرئة الحادة ولكن لايتمّ التحلُّل . فينقلب البصاق صديدياً مخاطياً او مدياً فيموت المبتلى عقب اربعة او ستة اسابيع ضامرًا مهزولًا

اذا فتحت الرئة الفيت جميع الاعضاء سليمة الأرئة واحدة قد حال جزء من فصها الأعلى كتلة جبنية صفراء او الى الزرقة قليلة المشاشة وملساء عند قطعها . اما الفص المتوسط فيكون وردي اللون يتأثر منهُ كتيلات مبيضة تنتأ قليلاً تحت الغشاء المجلل للرئة وهي الادران البالغة . واما الفص الاسفل فتكون فيهِ التتوآت نفسها صُغرى وصُابي ومنها ما يكون في غاية الدقة وهو المُسمَّى بالدرن الطُفَيلي

لا غروَ ان ثمَّ ذات الرئة الدرنية . والكُتل الجبنية المرتكزة في القمة ناشئة عن تجمع العُقَيدات الصغيرة التي هي أدران ذات الرئة . وعليهِ فاذا استقصيت بالمنظار وان لم يكن تكبيره كثيرًا وجدت كتيلات غير شفافة تصفر شديدًا بحمض البيكريك وتتوردّ اطرافها لِما لفعل الكرمين من الانتثاء . وهذه التولُّدات الجديدة تنطبق على الادران مهما كان الامر من حجمها ويقال انها تقوّم الدرن الجسيم او الرئوي

بقي علينا ان نتفحص عن أجزاء الدرن كلٌ على حدتهِ

١ . الاطار الجبني او المركزي . هو كتلة غير شفافة صفراء تشفّ احيانًا عن بقع وردية هي فضلات أطرٍ دائرية قد تجمعت كتلةً عن جملة ادران تكوينًا للدرن الرئوي . فيكون هذا الاطار تارةً غير شفاف كأنهُ محتقن بالشحم واخرى حاويًا في وسطهِ اذا ما كان الدرن محدودًا وقابل الانتشار آثار الشعبة او الوعاء الذي يكون منشأ التولُّد الجديد

تفسد الشعبة والشريان والخلايا الهوائية فسادًا كبيرًا . فتصاب

الشعبة في باديء الامر في نقطة من جدرانها فتندسُّ اليها الكريات الجنينية فتحدث فيها عُقَيدة . ثم تنتفخ الخلايا البشرية المخاطية في داخلها تلقاء الآفة فتتقلع فتتكوَّن عنها كتلة كثيفة تسدُّ قطر الشعبة . اما الالياف المرنة فتقاوم مدةً هذا الاضطراب ثم تنتهي بالفناء . فيتقرَّر الدرن حينئذٍ ويتصف بجميع صفاتهِ النسيجية الاساسية . فتملأُ الخلايا البشريَّة المخاطية المركز الذي هو كناية عن تجويف الشعبة والجنينيَّة تبدو في الدائرة . وقد تتكوَّن ادران أُخرى تنضاف الى الاولى الَّا انها تتمايز في باديء الامر بالأُطر الجنينية . ثم تزول الأُطر فيما بعد في النقط المماسَّة ولا يبقى الدرن الرئوي مكوناً الَّا من منطقة مركزيَّة صفراء مؤلفة كلها عن ادران عاديَّة مختلفة العدد ومنطقة دائرية وردية اللون تمثل دائرة الادران التي ضمت الادران الأُخرى اليها

ب . الاطار الجنيني او المحيطي . اذا كانت الأَدران منعزلة كان إطارها الجنيني في العموم كاملًا وهذا الاطار يتألف عن خلايا مستديرة قطرها من ...١/٠ الى ٠٫١٢/٠ من جزء من الف من المتر . ولكل منها نواة ذات حجم ومقدار قليل من البلاسما الاولية الحُبيبية . وهذه الخلايا هي الشبيهة بالمخاطية البشريَّة . وقد يفصلها ايضاً قليل من مادةٍ عارية الشكل

اذا دار الدرن سريعاً حالت هذه الخلايا حولًا جبنياً نظير المنطقة المركزية بينما ان الدائرة تأخذ في تكوُّن مناطق جنينية . وهذه الخلايا تتصف

بجميع ما لخلايا الالتهابية من المميزات . فهل يراد بهذا ان المنطقة الخلوية هي منطقة التهابية غايتها افراز الجزء المائت من المركز ؟ كلاّ . انما هي جزء متدرنٌ نظير الآخر . وهذه المنطقة الدائرية لايتسق حدها لا من جانب الجهة السليمة ولا الجبنية . وقد يكون دائماً بينهما عددٌ من خلايا تسمَّى بالجبَّارة قد نزلوها طويلاً منزلة مميزات التدرُّن مع انها لا تكون في الغالب سوى فوَّهات الاوعية المتقطعة

ت . ذات الرئة المحيطة بالدرن . يحف بكل درَين التهاب يكون ناتجاً عنهُ كما يتمّ حول كل جسم غريب . فاذا ما انتشرت الادران وان قليلاً يصاب كامل الجزء الرئوي الذي بينها بذات الرئة الذي سماه الدكتور كُرَنشيه بالترشُّح الدرني الحقيقي او بالدرن المترشّح

٢ً السلُّ الحادُّ . اذا فتحت الجثة شاهدت الرئة المتهيجة والمتفرقعة ايضاً ممتلئة الوفاً من الدرينات حجمها حجم رأس الدبوس وهي صلبة شفَّافة او قليلة الغلظ اذا ما حجمت او نتأت قليلاً . ومنها ما لا يرى الّا بالمنظار المعظم . فكلما نمى الدرن تاين مركزه واصفرّ بينا ان الاحتقان المحيطي الابتدائي يخلفهُ التهاب رئوي في البشرة المخاطية . وكلاهما المبديان لما يحدثه التدرُّن الحاد من الاعراض

ان التحبُّب الدرني البالغ يشفُّ لدى الكشف المنظاري عن الإطارين اللذَين سبق الكلام عنهما مع هذا الفرق وهو ان الاطار الجنيني يكون اشدّ انتشارا مما هو في درن ذات الرئة

وعلاوة على الحُبيبات التي يكون مركزها جبنيًا ودائرتها جنينية توجد حُبيبات أُخر درنية تتألف من خلايا جنينية فقط . وما من احد يرتاب في طبيعتها النوعية وتجبّن مركزها فيما بعدُ

يختص بهذا الشكل الدرني الدرن الليفي الجنيني اذ يكون لهُ ما للآخر من القوام ولا يختلف عنهُ الّا عند بلوغهِ . فيتصلّب حينئذ هذا الدرن ويصير اشدّ استدارةً وتحول خلاياه الدائرية نسيجًا موصلًا . واذا حال المركز حولًا جبنيًا لا يكون لهذا الحؤول اهمية كبيرة وتدل عليهِ نقطة فقط الى البياض . بينما ان الدرن العادي لا بدّ من زوالهِ بحدوث التجبن والتقرّح اما الليفي فبخلافه يبقى الى ما لا نهاية لهُ ولا يؤثّر في البنية الّا بكثرتهِ وانتشاره

في التدرن الخانق تكون الادران حُبيبية ليفية اما في السل الحادّ النزلي والتيفودي فتشترك الادران الليفية والجبنية

اما بالنظر الى قطار الخلايا الجنينية فتربطها احيانًا الادران مؤلفة لفازين حول الاوعية والقنوات الرئوية فيترجح انها ترشحات درنية لا تولدات التهابية كما ذهب اليهِ الدكتور ڤرشو

ان أهم الحالات المرضية التي ترافق نشبة الادران الدخنية انما هو الاحتقان الّا انهُ لا يكون دائمًا منسوبًا الى عدد الادران

قد يحدث نوع من الالتهاب الشعبي الرئوي يستصحب بعض حُبيبات درنية متفرقة . وهو يمتاز عن الالتهاب الرئوي العادي باصابتهِ الفُصيص بكامل امتداده

وقد يوافق ايضاً السل الحادّ استهواء رئوي الّا انهُ لأندر مما يكون في التدرُّن العادي

٣ً السلُّ العام او العادي · اذا استقصيت جثة متدرن قد مات عقب سل عادي وقفت على ما يأتي : الرئتان في الغالب مصابتان واحياناً بكامل علوهما لكن على درجات مختلفة بمقتضى ما يكون الفحص في القمة او القاعدة . والفصوص السفلى تشفُّ في العموم عن بعض أدران صفراء · والفصّ الاوسط يكون مركزًا لنوًى درنية قد تبلغ حجم الجوزة ومركزها الى الاصفرار يكون في الغالب متليناً . اما الفصوص العليا فقد تتحول بين القليل والكثير الى كتلةٍ بيضاء الى الاصفرار رخوة ذات تجاويف تدعى بالكهوف . فالكهف الرئوي هو نتيجة تقرُّح يعقب انفراز ما قد حال من الرئة حولًا جبنياً · اما عددها فيختلف فقد لا يكون في القمة سوى كهف واحد وقد يُشاهد في الفصّ الاعلى اربعة او خمسة وزيادة . واما حجمها فيختلف ما بين بندقة صغيرة وقبضتينِ منضمّتينِ الى بعضهما . وقد شوهد فصّ كامل قد انقلب كهفاً متسعاً . اما جدُر الكهوف فيكسوها عادةً مادةٌ جبنية غليظة ينقلب النسيج الخلوي تحتها غشاء صلبًا وخشناً وقد يؤلف احياناً الجدرَ او بعضها ناميات تجللها مِدَّةٌ . وقد ينفذ الكهوف من جهة الى أُخرى ربطٌ هي فضلات اما عن الرئة واما عن الاوعية والشعب . اما غلظ جدار الكهف فمتغير جدًّا انما الخلايا المجاورة لأحنَّة التجويف تكون منبسطة بحيث يشاهد ان من الاجزاء الرئويّة السايمة ما

يكون منضغطاً انضغاطاً يمانع التأكسد

ان محويّ الكهوف لتغير ايضاً . فان كانت كبيرة حوت مادة قليلة من سائل مصليّ صديدي او مِدّيّ واحياناً كانهُ مصليّ فقط . وان أقلّ سعة فيكون ثلاثة ارباعها ممتلئةً سائلًا غليظاً جلطياً والى البياض . والصغار تحوي مادةً جبنية رخوة وقليلًا من السائل . فكلما كبر الكهف نقص محويّهِ السائل وزاد تميّعه . ومن النادر ان يكون فيهِ صديد او دم خالص

قد تنثني غالباً شرايين صغيرة على طول الجدران الكهفية . وهذه الشرايين قد تنسدّ احياناً وقد تكون منشأ تمددات انورسمية قد شوهد منها ما يملأ الكهف الرئوي بكماله . فيؤخذ من ثم ان العناء في السعال يمكنهُ ان يمزّق غشاء هذا التمدد لترققهِ فيحدث النفث الدموي وهو شرّ نتائجه

اما الشعب المجاورة فتبقى طويلًا مقاومة لترقي التقرُّح الّا انها تتقرَّح اخيرًا فيستطرق الكهف اليها ويندفع محويّه الى الخارج . بيد انهُ لا يفرغ تامًا اذ لا تزال جدرانهُ مركزًا لافرازٍ صديديّ

ان التقرُّح الذي يتكوَّن الكهف عنهُ لا يكون وحده التخطي المرضي الذي يتمّ في السل الرئوي . انما يشاركهُ تخطٍ تيبُّسي يخفُّ بالكهوف وينتشر بين القليل والكثير . وقد يحيط الاوعية والشعب باستطالات ليفية عريضة بحيث يمسي التيبُّس الرئوي ترقياً سائدًا في بعض المسلولين

اما ادران السل العادي فتنتشر غالباً في جدران الشعب . ولما كان

للكتل العُقَيدية الدرنية استطالات خاليّة جنينية قفازيّة الشكل تحيط بالشعب عند دائرتها على فسحة تكون احياناً كبيرة فينتج ان الشعب تفقد ما لنسيجهما من القوام لامتداد الآفة اليها وينشأ عن هذا الترقي تمدّد الشعبة التي تكون فوق الكهف

هذه هي الآفات الرئوية التي تصحب الكهف الدرني في اغلب الاوقات وهي مهمّة لانها تمكّن للوقت وفي اكثر الاحيان من تمييز الكهف الدرني عن الخراجة الرئوية او الكهف الغنغريني او التمدد الشعبي

الخراجة الرئوية تختلف في العموم ذات الرئة وتكون جدرانها اشدّ رخاوةً من جدران الكهف الرئوي

الكهف الغنغريني يعرَف بحَنَز رائحتهِ ولونهِ الى السواد وحروقته اللبية والعَفِنَة التي تشغل داخله

اما التمدد الشعبي فارتكازه في القاعدة والوسط أولى منه في القمّة . ولا تقطعهُ ابدًا استطالات ليفية . وجدرانهُ ملساء وقطرهُ يتصل بقطر الشعبة رأساً وعلى وجه الاستقامة

ان التدرُّن العادي يُبرأُ انما تخطّي الشفاء اليهِ متعسّر . فقد يشفى العليل قبل التقرّح اما بحؤول ليفي واما بحؤول حجري . اما بعد التقرّح فقد يتفق ان يتفرّغ الكهف من كل تولّد درني فيبقى مشتركاً في الشعبة وقد يتفق ايضاً ان تضامّ جدرانهُ بعضها الى بعض فلا يبقى ما يدل على الكهف سوى ندبة خطية فقط . وقد يملأ الكهف ايضاً مادةٌ حجرية

تحوي ايضاً مقداراً عظيماً من املاح الكلس او كتلةٌ ليفية غضروفية متأتية عن ناميات الجدار

اشتراكاته . ا الغشاء المجلل للرئة . قد يشترك غالباً التدرُّن الرئوي العادي في آفات الاعضاء المجاورة . ومن النادر ان يبقى هذا الغشاء سليماً فقد يتضخم في الغالب ويشفّ عن اغشية قد تمتد التصاقاتها امتداداً كبيراً بحيث يفقد الغشاء تجوفهُ . اما اذا كانت الاغشية جزئية فتتحيَّز لاسيما سطح القمة التي يجللها في الغالب غلاف ثخين ومتين . وقد يصاب الغشاء المصلي ايضاً بتدرن حُبيبي بين قليل الانتشار وكثيره وقد يرشح في تجوفهِ سائل او سائل وغازٌ ينشأن عن استطراق التقرُّح الرئوي الى الفضاء الصدري

ب العقد الشعبية . قد تجُم العقد الشعبية في اكثر الاوقات . فاذا ما قُطعت شوهد ان غلافها قد غلظ وان العقدة حالت بكمالها حوُولاً جبنياً هشاً وجافاً او رخواً ومائلاً الى الإصداد

ت الحنجرة والقصبة والشعب . لاتسلم الحنجرة في كثير من الحوادث فيعتريها من الآفات الالتهابية ما سبق ذكره في الكلام عن التدرُّن الحنجري . وقد تصيب ايضاً التقرحاتُ الدرنية القصبةَ والشعب

ث الجهاز الهضمي . قد يثور التدرُّن في الجهاز الهضمي كالتدرُّن الفمي والحلقومي والمعوي والشرجي

ج الكليتان والكبد . قد تتدرَّن الكليتان ويحول الكبد في الغالب

حوُولا دهنياً

ح ‌ الجهاز العضلي . يشفّ الجهـاز العضلي عن التهابات مزمنـة تضارع ما يكون منها في الامراض الوبيلية

خ ‌ الدماغ . قد يتصل التدرُّن الى السحـايا نفسها فيُحدث فيهـا آفات مجانسة لما يكون منهُ في الرئة

د ‌ الجهاز الدوري . قد يتفق ان يشارك التدرُّنُ التـاموري التدرُّنَ الرئوي فيتمدد غالباً البطين الايمن ويتخثَّر الدم في العضوين الاسفلين تخثرات ذاتية وهي عبارة عن استحالة جلطية تمتاز بها الأوزيما المؤلمة

٤ُ ‌ السل المزمن . يدوم سنينَ ويكون بدؤُه بطيئـاً فيخيَّل ان ذلك التهاب شعبي بسيط ومزمن . ثم تختلط فيما بعد الحالة العامة بالموضعية فيتولد تصوُّر السل طبعاً . ثم تؤيده الدلائل الاستقصائيـة التي تشفّ عن وجود كهفٍ او كهوف رئويَّة . ويكون هذا السـلُ بالنظر الى التشريح المرضي متميزاً بالتصاقات بلوريَّة شديدة الغلظ والامتـداد بمقتضى ما يكون المرض قديماً

قد يشاهد ايضاً استهواء رئوي نوعي يمتاز بمشـاركتهِ التحبُّب التدرُّني والتيبُّس الرئوي مع تمدد جدران الخلايا الهوائية . وعليـهِ فيكون الاستهواء نتيجة التيبُّس الـذي يرافق الادران . وهذا التصلُّب يمتـد حول القنوات الشعبية وفي غلظها فيختنق اليافها العضلية ثم يمددها لان التمدد الشعبي انمـا يكون ملازماً للسل المزمن

قال الدكتور كُرَنشِه : ان الدرن هو تولُّد جديد ليفي جبني عُقَيـدي غير ان هذا التعريف قاصر لانَّ التدرُّن يعمُّ التولدات العُقَيدية والتولدات البينية وكلاهما يدوران دورانا حؤوليًا او جبنيًا ويكونان ليفيَّين او تصلبيَّين . فالاول يسمَّى بذات الرئة الجبنية او بالسل العـادي والثاني يقوّم السـل الليفي الذي يصحبهُ الاستهواء وتمدّد الشعب وفي الغالب تمدد القلب الايمن

هذا ما ادتهم اليهِ المبادئ التشريحية المرضية قبل اكتشاف الانبوبيَّة الدرنية . ولنرَ الان كيف يكون ترتيب الانبوبيات الدرنية في المادة الدرنية

قد تكون الانبوبيات الدرنية في الدرَن بكمالهِ ولاسيما في الخلايا الجبارة . وقد يتألف عنها احياناً في داخل الخلايا حزَمٌ حقيقيــة . وهي كثيرة في الحبيبات الشفَّافة وتُعدى في الكتَل الجبنية وتشغل جدران الكهوف وبقـايا الانسجة التي تطفو في مستبطن التجاويف . وقد تكون ايضاً في الاوعيــة والعقد الليمفاوية

لا يخفى ان المباحث الحديثة قد حصرت فعل التخنزُر ووسَّعت فعل التدرُّن لانهُ قد تبيَّن ان كثيرًا من الآفـات التي قد نزلوها مــنزلة آفات خنزيرية وُجدت حاوية لانبوبيـات التدرُّن كمــا تبينوا ذلك في التسوُّس العظمي وصديد الاورام البيضاء ونامياتها وفي الغشــاء المولد للصديد في الخراجات الباردة وفي صديد الخراجات التهيجية المتأتية عن تسوُّس الفقرات وفي كثير من الالتهابات العقدية المسماة بالالتهابات الخنزيرية

٢٠١ الاعراض . التدرُّن الرئوي يدور على اشكال متخالفة وقد

كان ما يبديه من الظواهر المختلفة من جملة الاسباب التي حملت على مساجلات كثيرة بخصوص البنية السل . ونحن نصف على التوالي ما له من الاشكال المختلفة

١ً . السل العادي او التدرّن القرحي . الاعراض الوهمية . هذا الشكل وان كان اشدّ تواترًا لا يبدو على السواء في جميع الاشخاص . فان اكثر المصابين يبدون قبل نشبة المرض فيهم منظرًا خصوصيًا يتقوّم بما نسميه بالاعراض الوهمية التي قد أحسن وصفها الدكتور جاكود ونحن نقتطف ما قاله : هذه العلامات تبدو لاسيا في الشبان لكن في من كان منهم مرتفع القامة طويل العنق دقيق الصدر ضيق العضل لاسيا العضل العنقية والصدريّة . اما الشعر والاهداب فمغدودنة والاسنان في الغالب جميلة والعينان حادتان ولامعتان والجلد رقيق ووردي اللون تتبيّن من شفّفه الشبكة الوريدية اللازوردية اللون واطراف الانامل متشوهة في الغالب منبسطة مملكة الروس وهي المعروفة بالاصابع البقراطية . هؤلاء الاشخاص يكون التأثير فيهم شديدًا واخلاقهم قلقة تضطرب سريعًا وتكثر فيهم النوازل الصدرية ولكنها تارةً قد تشفى بسهولة وأُخرى يستعصي برؤها فتطول زمانا مديدًا فيقاسي المصابون من جراها اكثرما يظهر من فعلها . ومن المرضى من يتضيق تنفسهُ حالًا لادنى عناء يتجشمهُ او حركة يتحملها او اقامة بمكان هواؤهُ سخن والحديث بغيظ وان قليلًا فيقصر تنفّسهُ ويتصعب او يضطرب نوع صوتهِ . فاذا ما شاركت هذه الحالة البنويّة ما يخشى من سوابق

هذه الآفة في نفس العائلة وكان الشخص عرضةً في صبوته لبعض اعراض الخنازير كان ذلك دليلًا قويًا منذرًا بحلول الآفة الدرنية

الدور الابتدائي . يبدأ حينئذٍ التدرُّن اما سريعًا واما بطيئًا .

فالابتداء السريع يختلف على اختلاف الحوادث فتارةً يفاجئ الشخص نفث دمٍ وان لم يكن فيهِ من العلامات ما يشفّ عن آفة رئوية . ذلك اما بعد ارتياض عنيف او عناء شاقّ او تبرُّد واحيانًا من غير ان يسبقهُ ما يدل عليهِ . وقد يكون النفث غزيرًا فيوقع الرعبة في القلوب ويقلق الافكار وقد يكون قليلًا لا يعبأ بهِ . ولكن مهما كان الامر منهُ سواء تكرَّر او لم يتكرَّر فان المصاب يُبدي اعراضًا عامة وموضعية توجب الالتفات الى الاعضاء التنفسية والتفحص عنها

وقد يكون الابتداء سريعًا ايضًا على شكل التهاب شعبي رئوي وهو عبارة اما عن التهاب شعبي حادّ او ذات رئة لا يتم تحللها او يتمّ رديئًا واما عن حصبة او نزلة صدرية وبائية او شهقة لم يتقرَّر نقهها ويتغيَّر فيها السعال الذي قد يؤدي بهِ الى القلق لمداومته ولما يصحبه من النفث . فهذه هي الاشكال الابتدائية الحادة الاكثر تواترًا التي تسبق التدرُّن الرئوي العادي

اما اذا بدأ التدرُّن هذا بطيئًا فتأخذ الاعراض الآتية تستلفت الفكر اليها وهي : فهمٌ وتقزّز من الاغذية لاسيما من اللحم واذا طلب الاكل فيتخيَّر الاغذية البهارية والحُميضية . واما هضمهُ فعسر في اغلب الاوقات

والاغذية تثقل على معدتهِ مدة ساعات بعد الاكل وقد يتجشأ تجشوآت كثيرة وقد يعتقل بطنهُ وقد يستطلق غير ان الاستطلاق لا يكون متواصلاً بل يعوده انتياباً من دون ان يدل عليهِ اسباب يعبأ بها . وقد يضطرب الصوت احياناً ويبح العليل بحوحة وقتية لاسيما صباحاً عند النهوض ومن بعد التعب . فاذا ما كان الشخص امرأةً شكت عدم الاتساق في الحيض وكان الطمث قليلاً غير قانوني وقد يغيب مدة شهرين او ثلاثة ويتخلله سيلان أبيض بين قليل الغزارة وكثيرها . وقد يرافق هذه الاعراض جميعها نحول قليل او كثير وخؤور في القوى يدل على ان البنية قد عرتها آفة مهمة

<u>دور الوقوف</u> . يمتاز هذا الدور باشتداد اعراض الدور السابق فيعتري العليل سعالٌ يكون تارةً جافاً وأخرى يصحبهُ نفث صافٍ كانهُ لعابي . وهو يزداد مساءً وفي وسعهِ ان يشوّش نوم المصاب . وقد يتضيق النفس تضيقاً اعتيادياً وقد يشكو الكثير من المرضى آلاماً حادة بين القليل والكثير تارةً في الصلب وما بين الكتفين وأخرى في احدى الخاصرتين . وهذه الآلام التي تكون اما منتشرة واما محدودة تتأتى اما عن ذوات جنبٍ جافة واما عن آلام عصبية وربيَّة . فيعرق العليل حينئذٍ عرقاً ليلياً يكاد ينحصر في بعض اجزائه فيكسو غالباً مقدم الصدر والرأس وراحة اليدين وهو يمتاز بوفوده وقت النوم وغيبوبته في اليقظة

لاتلبث الحمّى ان تفد وهي عرض ذو اهمية كبيرة في تاريخ العلة

التي نتصدى لها الّا انهُ يتعذّر في العموم تعيين الزمن الذي يبدأ بهِ هــذا العرض الهائل . فلا تبدو الحمّى في الغالب الّا عندما تأخذ الادران تتليّن وقد تسبق ذلك في الكثير من الاوقات فتكون في بادئ الامر متقطعة وفي الغالب يومية ثم تنقلب مترددة . اما الدور اليومي البسيط فيبــدأ في الغالب الساعة الرابعة او السابعة بعد الظهر وينتهي ليــلًا بالعرق الذي سبق الكلام فيهِ آنفًا . وقد يتضاعف الدور فيكون الواحد صباحًا والآخر مساءً . ولا يخفى ما لهذا العرض من التأثير الكبير في الجسم وفي حالة المريض لان الحمّى اذا ما وقدت مصحــوبة بالاعراض الأُخرى كالنفث والسعال واستطلاق البطن والأرق والعرق واحيانًا النفث الدموي بين القليل والكثير أوهنت العليل وحدت بهِ بين اشهر وبضع سنين الى الدور الذوباني وهو ما نسميهِ بدور السل

دور السلّ . تــدور الحمّى في هذا الدور ولا تزال مترددة وهي تنشأُ عن الترقّي التــدرّني والتولّدات الصديديّة على سطح التجويف الرئوي فتتذبذب درجة الحرارة بين $38\frac{1}{2}$ = $39\frac{1}{2}$ = ويقرع النبض من ٩٠ الى ١٢٠ في الدقيقــة . اما اللسان فيبقى على رغم تصاعد الحرارة واسراع النبض رطبًا ووردي اللون وهذا من العلامات المهمة في تشخيص التدرّن الرئوي

يصير الاسهال في الوقت نفسه اغزر وقد يتعذر قطعهُ . والسعــال اعسر وأشدّ تواترًا لاسيا في الليل بحيث يمانع الكثيرين من المرضى عن

النـوم . اما في النهار فتستثير النوب تقيئات تزيد العليل نحولًا . ولكن فضلًا عن هذه التقيئات الميخانيكية التي تزول عند تخميد السعال قد يعترى المسلولين تقيئات أخرى تلازمهم على رغم المعالجات وهي تتأتى اما عن نزلة معدية واما عن تقرح معديّ

يزداد النفث يوماً فيوماً وتتغير صفاتهُ فيكون في البدء ابيض ثم ينقلب غليظاً الى الخضرة لا يداخله هواء ويتخطط خطوطاً صفراء بين قليلة العدد وكثيرته ٠وقد يكون فيه جُزَيئات ذات مادة بيضاء غير شفيفة تشبه الأرز المطبوخ ثم تصير هذه الجزئيات متجانسة مستديرة درهمية الشكل او ممزقة الأحفّة ثقيلة وقليلة او كثيرة صلابتها تنغمس في قعر الماء ٠ لكن بعد ان يكوّن التقرح الكهوف يتغيّر البصاق ويتخذ صفاتٍ تميزه فيتألف اذ ذاك عن جزئين متميزين الواحد سائل مخاطي زبدي يتأتى عن الشعب والآخر جامد وهو عبارة عن كتل منعزلة مستديرة مخضرّة اللون او سنجابيته غليظة لا يداخلها الهواء وتطفو في السائل وتتجمع بعد القرار في الطبقات المتوسطة او الغائرة ٠ وهذه الكتل التي هي كثيفة بالنسبة الى غيرها تتأتى عن الكهوف نفسها . وقد يفقد النفث قبل الموت بايام قليلة جزءاً من صلابته ويصير شبيهاً بعصير البقول او مخططاً دماً او محفوفاً بإطارٍ ورديّ٠ اما مقدار المنفوث فيختلف على انهُ يكون في البدء مناطاً بامتداد النزلة الشعبية ثم ينضاف فيما بعد الى هذا السبب عدد الكهوف الرئوية وامتدادها ٠ وهذا النفث المتواتر في الدور السابق لا يكون نادراً في دور السل ٠ وقد

يكون ثقيلًا جدًا فيكون سببهُ والحالة هذه انورسما احدى شعيبات الشريان الرئوي التي قد تتمدد في داخل الكهف

اما البول فقد لايضطرب اضطرابًا كبيرًا وقد اثبت الدكتوران كينيار وشارين ازديادًا في مقدار الاملاح الفُسفاتية ذلك في بعض الاوقات · ولما كان المرضى الذين شاهداهم متألمين آلامًا عظمية معتدلة الحدة ظنًا ان الآلام الضلعية والعظميَّة التي تصيب المتدرنين ربما تنشأُ عن نقصانٍ يعتري الاملاح في العظام

اما الدم فيفسد فسادًا عظيمًا فتنقص كرياتهُ الحمراء وتظهر عند نهاية الداء أُوزيمات وقتية تتـأتى عن انهزال المصاب · وأُخرى ثابتـة موكولة في الغالب الى احد العضوين الاسفلين وسببها تخـثر الدم في احدى الاوردة الساقيَّة وهو المعبَّر عنهُ بالاوزيما المؤلمة. وهذه التخثرات تدل على قرب الانتهاء لانهُ يزداد عند تكونها الهزال بحيث يصير شبيهاً بما يبديه سرطان المعدة. فيلازم العليل الفراش لشدة ذوبانه ولا يتمكن من تجشم حركات منبسطة لزيادة ما يعتريه من الضعف والنحول

تثور حمَّى الدق ثورانًا حادًا فيقهم المبتلى قهمًا تامًا · ثم تنضاف الى ما قدمنـاهُ اعراضٌ جديدة لانتشار التدرُّن في الاعضاء الأُخرى فتزيد البلية وتُسرع حلول الاجل · وحينئذٍ يشتد الاسهال ويتواصل ويصحبهُ في الغالب مغصٌ يشفُّ عن تقرح دربي قد امتد الى الامعاء · وعندما يستقرّ التقرُّح في المستقيم يصير الغائط في اكثر الاوقات مدمًى يرافقهُ زحير

وقد يصيب الداء الحنجرة ايضاً فيضطرب الصوت اضطراباً بين القليل والكثير ويصير أبحّ منقطعاً او هادئاً فيشكو المريض تلقاء الغضروف الدرقي آلاماً وحرارةً لاسيما وقت التكلم او السعال . وقد يعسر الازدراد فيتألم العليل لما يصيب اسان المزمار من القروح الدرنية فيتزايد فيهِ النحول والذوبان الى ان يبلغا بهِ آخر حدّ من الخمود والسبات . ويجفّ العرق احياناً ولو دامت الحمّى وييبس الجلد ويصير خشناً متقشراً فيموت العليل على هذا النمط مهزولاً

العلامات الطبيعية . اعلم ان الجوهر الرئوي انما يضطرب اضطراباً بليغاً مدة الاعراض السابقة فتستقرّ فيهِ حُبيبات درنية تثير حولها نوعاً من التهيّج . ثم تزداد هذه الدُرَينات حجماً فتصير ادراناً تتجمع الى بعضها فتحدث في الرئة تصلباً حقيقياً . ثم يتأيّن مركز هذه الكتل الدرنية فتنفرج احدى الشعب المجاورة فتستفرغ المادة الدرنية فيبقى في موضعها تفرق اتصال تتقوّم بهِ بداية الكهف . فيؤخذ من ثمّ ان الدلائل الطبيعية تتغير في التدرّن لانها تعرب تارةً عن تصلّب رئوي وطوراً عن تسايل المادة وحيناً عن تكوّن كهف داخل جوهر الرئة . والحق يقال ان ليس للدلائل السماعية في التدرّن الرئوي ان تميزه عن غيره كما انهُ لاقوة لها الا باشتراكها في القمة وبما يرافقها من الاعراض العامة

وسوف نتكلم عن العلامات الطبيعية متتبعيها في جميع ادوار المرض . وانّا نقسمها الى ثلاث جُمَل غير متعمدين الاعراض العامة : قد

يحدث بينهـا من التخالف بل حالة الآفة نفسهـا وهذه الادوار ثلاثة وهي : دور الاحتقان والتحبُّب ودور التصلُّب واللين ودور الكهوف

الدور الاول وهو دور الاحتقان والتحبُّب . ان النظر والقرع لايعربان في بدء هذا الدور الّا عن علامات مبهمة . غير ان القرع عند نهاية الدور يُسمع في نقطة محدودة مركزُها في الغالب أعلى الترقوة وأسفلها صوتاً خفياً لا وجود لهُ في العموم الّا من جهة واحدة او يكون اشدّ بياناً من جهة دون الأخرى . وقد يبقى احياناً الصوت القانوني انما يشعر الاصبع القارع برونة صُغرى ومقاومة كُبرى . اما هذا فمن اهم العلامات ومن المفيد للوقوف عليهِ مناوبة القرع السطحي والقرع الغائر حتى لا يتمكن المشاهد من كشف سطح الرئة فقط بل من كشف اجزائها الغائرة ايضاً

الدلائل السماعية متغيرة وكثيرٌ منها يبدو بصفات مميزة مع ان نتائج القرع تكون سلبية . اما ما يقفون عليهِ في البدء فهو تغير في اللغط التنفُّسي . ولا يخفى ان هذا اللغط العذب اللدْن المتواصل والغير ارتجاجي هو اطول في الشهيق منـهُ في الزفير . ولكن نسبتهُ تتغير في بداية التدرُّن فيتزايد اللغط الزفيري شيئاً فشيئاً وينتهي بان تعادل مدته او تتجاوز اللغط الشهيقي . وهذه الاستطالة الزفيرية التي هي من اهم الدلائل السماعية في بدء التدرُّن قد تتوحد احياناً غير ان اللغط الزفيري ينقلب في الغالب لتطـاوله أشدّ صخباً وخشونة مما يكون في الحالة الصحية وقد يصل الى الاذن على شبـه ط شعبي خفيف . هذه الظواهر تجـدها في العموم منحصرة في نقطة

واحدة قليلة الاتساع وغالباً في قمة الصدر . وقد يكون اللغط التنفسي في حوادث نادرى ضعيفاً فقط وقد يكون صخباً شبيهاً بتنفس الاطفال وحينئذٍ يزيد عند الاستماع تطنطن الصوت والسعال . اما في نهاية هذا الدور فيُسمع مدة الشهيق في نقطة محدودة لُغيطات شديدة الجفاف تدعى باللغيطات الخُريرية

الدور الثاني وهو دور التصلُّب واللين . تتبيَّن في هذا الدور الاعراض القرعية والاستماعية اشدَّ بياناً . فاذا قرعت الجزء العلوي من الصدر تلقاء الناحيتين فوق الترقوة وتحتها تجد من الجهتين او من جهة واحدة انخفاضاً في الصوت او صمماً كاملاً ويحسّ الاصبع بغيبوبة المرونة بكليتها . فاذا ما حمل الطبيبُ المصاب على التكلم ويده على النقط الصماء شعر بتزايد ظاهر في الاهتزازات الصدريَّة . واذا وضع اذنهُ على الناحية نفسها وجد ان الالغاط الخُريريَّة رُطبي واكثر عدداً وهي تستمرّ ثابتة في زمني التنفُّس ولو كانت اكثر عدداً وشدة في الشهيق . وقد يكون في اغلب الاوقات خراخر فرقعية دونية . اما اللغط التنفسي فيغيب او ينقلب خشناً وقد يحتلّ محله في الغالب لغط نفخي شعبي يكون على الخصوص في الزفير

قد يتفق ان تغيب الخراخر كلها او تنحجب فلا يُدرَك اذ ذاك الّا اللغط النفخي الشعبي او الدويّ الصوتيّ المتزايد فيتعذر إثارة خرخرة واحدة حتى بتوسط السعال نفسه . وهذا دليل على انتفاء النزلة التي تصحب الأدران

الدور الثالث وهو دور الكهوف ١ً النظر . يضعف الصدر في هذا الدور ضعفاً ظاهراً وتنتأ الاضلاع وتنقبض الاوراب . وقد تظهر نتوآت الاضلاع على العضل الصدرية الضامرة ضموراً بيناً . وزد على ذلك ان النظر يوقفنا على انبساط قمة القفص الصدري تلقاء الجزء المصاب

٢ً الجس . يدل على تزايد في الاهتزازات الصدرية باكثر مما تكون في الدور السابق

٣ً القرع . يأتي بنتائج تختلف على اختلاف الظروف . فاذا ما تكونت الكهوف نشأ عنها صمم اذا ما كانت عميقة متعددة ومتعوجة بينما انهُ اذا كانت سطحية كبيرة فارغة جدرانها ملساء وغير متسقة كان الصوت متغيراً . فتارةً يبدو رنين قانوني او متزايد تلقاء التجويف وأخرى يكون الصوت لدى القرع رنّاناً ومعدنياً يشبه ما يبديه القرع على برميل فارغ . فاذا ما اشترك الكهف في شعبة او في كهف آخر كان الصوت شبيهاً بصوت الاناء المستشنّ . وهذا الصوت الاناثي يتزايد اذا ما حمل العليل على فتح الفم وسيما وقت القرع

٤ً الاستماع . يوقف على خراخر غليظة رطبة تلقاء الكهوف تُسمع في التصعُّدات وفي نفضات السعال شبيهةً بما يُبديه تحريك احد السوائل الممزوجة بفقاقيع غازيّة . وهذه الظاهرة التي قد تختلط دقتها بالخراخر الخاطية او الفرقعية الدونية تمتاز عنها جلياً في شكلها البيّن وتُسمّى باللغط الكهفي او القراقري وتكون في الشهيق او الزفير وغالباً في

طورَي التنفُّس . اما تولُّدهُ فيقتضي ان لا يكون الكهف مفعماً سائلاً وان يكون مشتركاً في احدى الشعب . وقد يغيب هذا النغط وقتاً اما لتفرُّغ الكهف بكليته او لعائق يمنع نفوذ الهواء فيهِ . اما شدته فتكون في نسبة اتساعه وقربه الى السطح الرئوي فقد يمكن والحالة هذه ان يُسمع في بعض الحوادث عن بُعد وان يَشعر العليل بهِ . وقد يمكن ادراكه ايضاً بوضع الاصبع على احد الاوراب

اما اللغط القراقري فيكون في العموم محدودًا ومرتكزًا في قمة الرئة ولا يُسمع الّا في الفسحة التي تكون مشتركة في الكهوف الدرنية . وحيثما يستقرّ اللغط القراقري يغيب اللغط التنفسي فيحتلّ محلهُ لغط نفخي صخّاب يشبه صوت النفخ في اليدين اذا اطبقتها مقعّرتين ونفخت فيها شديدًا . وهو اللغط المعروف بالنفخي الكهفي وقد يسمع في طورَي التنفُّس . وقد يختلف كثيرًا بالنظر الى نوعهِ وشدته . واذا ما انحدّ كالخرخرة الكهفية كان تارةً ثابتًا وأُخرى متناوبًا وقد يتوالى هو واللغط القراقري . وقد يعرب عن هذه الاختلافات ما يلحق الكهف من الاحوال المتباينة

اعلم ان اللغط النفخيّ الكهفي لما كان متأتيًا عن دوي الهواء في كهف غير قانوني كان من اللازم ان يغيب عند ما يملأ الكهف سائل او يحلّ حائل في الشعب يمنع نفوذ الهواء فيهِ . الّا انهُ يشتد عند ما يتسع الكهف ويقرب من سطح الرئة ويحفّ بهِ نسيج متصلّب ويشترك في الشعب اشتراكًا بينًا . فيمسي والحالة هذه مطنطنًا ونوعه معدنيًا فيتصف بصفات

اللغط الجرّي ويشترك احياناً في الصلصلة المعدنية

وقد يُبدي استماع الصوت بعض ظواهر مهمة : يتزايد الصوت الشعبي ويُفهَم الكلام فيخيَّل الى الطبيب ان العليل يتضرم في حديثهِ وهو المسمّى بالكلام الصدري . غير ان هذا الكلام لا يكون ثابتاً اذ يستلزم وجوده ان يكون الكهف محدوداً متوسط الكبر موشك الفراغ بيّن الاشتراك في الشعب وان لا يكون العليل ابحّ . وقد يتفق ان يدرك السامع تلقاء الكهف كل ما يقولهُ العليل من الكلام وان كان منخفض الصوت ويقف على جميع كلماته كانهُ يهامسهُ فماً باذنٍ وهو المسمّى بالصوت الصدري الابحّ

اذا لم يبلغ المصاب الخامسة من عمره تبدلت في الغالب الظواهر السماعية التي تشفُّ عن كهوف واسعة في قمة الرئة كاللغط القراقري والنفَس الكهفي والكلام الصدري باللغط النفخي الشعبي او الاسطواني والخراخر الخاطية والصوت الشعبي

عند ما تدور الآفة في قمة الرئة بحيث تكوّن الكهف لا يبقى جوهر الرئة سليماً . فتنتشر فيهِ آفات أُخرى درنية تكون في العموم أقلّ تقدماً مما تكون في القمة لانك اذا ما تفحصتَ عن مسلول في الدرجة الثالثة وجدت في قمة رئتهِ الدلائل الكهفية وفي وسطها غالباً دلائل ارتشاح او لينٍ وفي قاعدتها اعراض احتقان دنوى قد تسبق او تصحب ظهور التحبُّب الدرني. فيؤخذ من ثم انهُ ينبغي تفحص المتدرّن قانونياً في القمة والقاعدة للوقوف على حالته . وقصاراي ان هذا الاستماع لأصعب مما أشرنا اليـهِ اذ من

النادر ان تكون الآفات الدرنية وحدها بل تثير في الغالب حولها آفات أخرى التهابية او ميخانيكية. وعليهِ فلا بدّ في استقصاء التدرُّن الرئوي من الالتفات الى الاحتقانات الرئويّة والشعبيــة والاستهواآت المعروفة بالمعوضة والى التنفُّسات المكملة ايضاً التي تُسمع في نقــط لا تزال سليمة والى الاحتكاكات والانصبابات البلوريّة وما شاكلها . لان جميع ذلك انما هو من الاشتراكات التي يلازم كلها او بعضها التدرُّن الرئوي في احدى درجاتهِ

٢٠٣ السير والمدة والانتهاء . يختلف كثيرًا هذا الشكل العادي بالنظر الى دورانهِ ذلك بحسب الاشخاص . فيسير في العموم بين ثلاث او اربع سنين ثم يسرع سيره متدرجاً متزايدًا يوماً فيوماً

وقد يكون سيره دفعات فينتابهُ ادوارٌ منها محمودة ومنها سيئة فيصبح العليل بين الطمأنينة والخوف اللذينِ من مميزات هذا النوع . وقد يميزه ايضاً ورود نوبات تهيجية يصحبها حمًى وتزايد في شدة الاعراض . وقد يبلغ هذا الشكلُ التجويفَ الّا انهُ قد يقتل العليل احياناً قبل ان يتكوّن الكهف لترشُّحٍ قد يعمّ الرئة بكامل طولها

من اشكال التدرُّن ما سمّوه بالسلّ العدّاء ذلك لتوالي الاعراض فيهِ سريعاً فتثور الحمّى من البدء ثوراناً حادًّا وتتواصل ويحترّ الجلد ويتحرّق ويتردد النبض بين ١٠٠ و ١٢٠ في الدقيقــة . وتتزايد النوب الحمويّة مساء ويسرع النحول احياناً ويشتد البهر ويصحبه غالباً نخسات في الخاصرة تكون في بعض الاوقات متفرقة . ويعسر السعال ويصير متواترًا ونوبيــا

يصحبهُ في الغالب تقيئات . ويكون النفث في بادئ الامر مخاطياً يداخلهُ الهواء ومبيضاً يتصف سريعاً بصفات البصاق المستدير الدرهمي الشكل . وعند الاستماع تتفق على ان الالغاط الخريرية الابتدائيـة قد حلّ محلّهـا خراخر رطبة ثم خراخر كهفية يصحبها لغط نفخي كهفي . ثم قبل ان تتعدّى الآفة بثلاثة او اربعة اشهر الى اجزاء الرئة السفلى يقهم العليل ويستطلق بطنهُ ويستسقي استسقاء طبلياً فيعتريهِ أوزيما مؤلمة تبدو في احدى ساقيهِ ويموت على هذا النمط مهزولاً . وقد يبدي العليل احياناً عند نهاية المرض اعراضاً تيفوديّة فيُدلّهُ ويغشّي لسـانه طلاء هدابي اللون ويعتوره رعافٌ وأرق واضغاث احلام وتختلج اوتاره فيهذي ويموت على نوع من السبات والهمود

انّا نذكر في مقابلة ما نحن فيـهِ شكلاً آخر وهو السل المزمن وقد أحسن وصفهُ احد اصدقائي العلاّمة بار وهو الآن احد اساتذة كلية الطب في مدينة ليون ومدير اعمالها التشريحية المرضية وسماه بالسلّ الليفي . هذا الشكل لاحدّ لمدتهِ فقد يستمرُّ طويلاً من غير حمّى وقد يختلط غالباً بالالتهابات الشعبية المزمنة والتمدُّدات الشعبية والاستهواء الرئوي لانها تشترك فيهِ وهو في وسعه ان يثيرها . ومن النـادر ان يموت العليل من جرى تدرُّنه فقط فيتوقف الخطر اذن على تمدد قلبه الايمن لزيادة الضغط في الجهـاز الرئوي الشرياني فيموت العليل في الغالب لارتخاء قلبهِ وقصوره عن وظيفته

هذه هي اشكال التدرُّن العادي التي تتمايز لاسيا بمدتها . فيؤخذ من ثمَّ انهُ من المتعذر تقرير الحدود لمدة التدرُّن العادي

اما الانتهاء فمتغير . فان البرء لنــادر جدًّا وقد يتمّ تمامًا لا يترك الى العلة اثرًا . وقد يكون غير كامل فيشفى التدرُّن وتبقى آثار تدل عليه وهي كهوف تفرز مقدارًا من الصديد او تشفُ عن موادّ حجريَّة .

امـا الموت فهو الانتهاء الاشدُّ تواترًا وقد يكون بطيئًا يفد شيئًا فشيئًا عن الهزال والذوبان . وقد يكون سريعًا فيتأتى حينئذٍ اما عن نفث دمٍ واما عن استهواء صدري صديدي واما عن سدة رئوية

وقد يفد الموت في بعض الظروف لا عن تدرُّن الرئة التي تكون اول عضوٍ أُصيب بل عن تدرُّن احد الاعضاء الأُخرى كالحنجرة والامعاء والسحايا

٢ً اشكال التدرُّن الرئوي الحاد التي تمتاز جليًّا بالنظر الى المشاهدة عن الاشكال التي سبق الكلام فيها

ا الشكل الرئوي وهو ذات الرئة الدرنية . يبــدأُ هذا الشكل بدء ذات الرئة فيفاجئُ العليل نافض ووخز في الخاصرة وسعال ثم نفث بصاق مخاطي اصفر لزج فيسمع المستقصي لغطًا نفخيـًا وخواخر فرقعية كما في ذات الرئة . وتكون الحمَّى حارة والعرَق غزيرًا فيشخص الطبيب ذات رئة فصية غير ان الهبوط لا يتمّ او يتمّ رديئًا ولا تُدرَك خواخر الرجوع الفرقعية وينقلب النفث مخاطيًّا صديديًّا او مدميًا . ثم قد تخور القوى دفعةً ويتزايد النحول فيموت العليل بعد شهر او شهرين يختطفــهُ اما هزال حادٌّ واما خناق سريع

ان العليل في الاشكال التي يجيءُ الكلام فيها والمميزة للسل الحــاد

(التحبُّب الدرني الحادُّ والتدرُّن الدخني واللاقرحي) يموت من جرى التئام الحُبيبات الدرنية التي لم يمكنها الزمان ان تبلغ التجبُّن والتقرُّح . وهذا التحبُّب الحادُّ الذي يصفهُ كثيرٌ من المؤلفين باسم السلّ الحادّ قد يدور على ثلاثة اشكال وهي الشكل الخانق والشكل النزلي والشكل التيفودي

ب الشكل الخانق . تعتري العليل حرارة خفيفة بعد ان يسبقها بعض اعراض مميزة قليلًا ثم يفد بهرٌ في غاية الشدة يشبه البهر الرئوي او البهر الذي يحدث في آخر ادوار الآفات القلبية فيعجز العليل عن الاضطجاع فيستمر جالساً في بعض الاحيان من اول المرض الى آخرهِ . وقد يستولي عليهِ بعض الاحيان سعالٌ طفيفٌ وقد يغيب بكليتهِ . اما النفث فنادر الاَّ انهُ عند وجوده يكون زبدياً مبيضًّا يداخلهُ الهواء . وعند القرع يُسمع صوت قانوني في كامل الصدر . اما الاستماع فيكون سلبيًّا او يشف عن بعض الخشونة في الخرير الحوصلي وفي النادر عن خراخر شخيريَّة منبثَّة في جهات مختلفة . اما الاعراض العامة فاخصها احياناً : قهمٌ خفيف وضعفٌ وعرَقٌ وخوُور القوى واحمرار اللسان وتواتر النبض قليلًا غير ان الجلد يبقى في الغالب طريًّا . وقد يفد الموت احياناً في اثناء نوبة خناقية وخانية صرفاً . اما في اغلب الاوقات فيقع العليل بعد ٢٠ او ٣٠ يوماً فريسة خناقٍ حادّ مع ما يرافقهُ من اعراض الزرقة المميزة احسن تمييز

ان تشخيص هذا الشكل لصعبٌ الَّا انهُ يمتاز مع ذلك عن الالتهاب الشعبي الشعري بغيبوبة الظواهر المسماعية . لان الالتهاب الشعبي لا يبدي

مثل هذا البهر الّا عندما يكون عامًا فتبدو حينئذٍ خراخر كثيرة منتشرة في الرئة بكمالها · اما الربو فيفارقهُ بنوع تنفسه الخصوصي واما ارتخاء القلب وقصوره عن عمله فبعلامات الآفات القلبية ووأزيا العضوين الاسفلين · واما البهر البوليني فبوجود الزلالية في البول · وعليهِ فيكون تشخيص العلة في الغالب بنفي الآفات التي تضارعها

ت الشكل النزلي · يمتاز هذا الشكل ببهر وافي الشدة الّا انهُ اقل مما يكون في الشكل الخانق . لكن قد يمكن خلطهُ بالالتهاب الشعبي الشعري لوجود البهر والحمّى والخراخر الفرقعية الدونية الظاهرة في القمة والمدركة احيانًا في كامل الرئة ومرافقة النفث الشبيه بنفث الالتهاب الشعبي الشعري وملازمة الظواهر متزايدة شدةً كل يوم · فيتسنَّى التشخيص والحالة هذه وان بقي الى هذا الوقت متعذرًا. لان هذا الشكل يستمرّ في العموم شهرًا واكثر ولا يتمّ بروءهُ فلا تهبط الاعراض فيموت المصاب منهوكًا او مخنوقًا · بينما ان الالتهاب الشعبي الشعري ينتهي قبل هذا الاجل اما بالموت واما بالشفاء وهو نادرٌ · اما الحمَّى فتكون في اغلب الاوقات مترددة صرفًا مع تزايد في المساء

ث الشكل التيفودي . قد يسبق بعدة ايام دور الوقوف دورٌ منذر يستمرّ احيانًا اسبوعين او ثلاثة اسابيع . فتنقص شهوة الاكل وتخور القوى وتمسي الاخلاق حزينة ويتقزّز العليل من الاغذية ويعتريه خوف واشمئزاز من كل ما يكتنفهُ. وقد يشعر بصداع وآلام في كامل اعضائه وعلى

مساواة عنقه وحينئذٍ تثب الحمّى وتكون مترددة في العموم وقد تكون ايضاً منقطعة وقد تتخذ دوراناً يشبه دوران الحمّى التيفودية فيزداد حينئذٍ انحطاط العليل ويكمدُّ وجههُ او يزرقّ ويجفّ لسانهُ ويصير اللثة والشفتان هبابيتي اللون . وينفتح منخراه ويقلُّ بولهُ ويصير قاتم اللون وفي الغالب زلاليا . ولا يندر ان يظهر السعال في آخر الاسبوع الثاني اي متى بدت الاعراض التيفودية واخذ العليل يهذي ليلاً . ولكن مهما كان الامر من ذلك فاذا ما استقصيت المريض وقت يوجّه السعالُ الفكرَ الى ارتكاز رئوي وقفت على دلائل التهاب شعبي شعري . وهذه الدلائل ترتكز في بادئ الامر في القمة الّا انها قد تمتد الى كامل الرئة مصحوبة دائماً بالغاط مسماعية تبلغ في القمة شدة ليس وراءها زيادة . وعلاوة على ذلك فقد يُدرَك تحت الترقوتَين او في الحفرتَين اللتين فوق عين الكتف شبهُ صممٍ وزفيرٌ مستطيل وقحي واحياناً لغط قحي وصوت شعبي ايضاً . فيسهل حينئذٍ تشخيص العلة وفصلها عن الحمّى التيفودية لان الدلائل المسماعية في الحمّى انما تكون سائدة في القاعدة بينما انها في التدرُّن ترتكز في القمة . لكن اذا اصابت العلة الرئتين على كامل علوهما وكان الاستماع يدل على خراخر فرقعية دونية منبثّة في كل الصدر كان التشخيص صعباً بل متعذراً في بعض الاحيان . وزِد على ذلك ان المرض قد يشفّ عن اعراض بطنية فيصحبهُ اسهال واستسقاء طبلي وتضخم في الطحال . وعليه فالجدير بالطبيب ان يتوقف في تشخيصه اذ لا يبقى لهُ ما يتعمّده الّا سير الحرارة على الخطّ

المحدَّب الذي يُبديه مقياس الحرارة . وقد يموت العليل عن تقدُّم الخُناق او عن اعراض مخية يستثيرها تحبُّب السحايا الدرني. ومن النادر ان تطول العلة فيموت المصاب مهزولاً

٢٠٤ التشخيص . قد اوردنا تشخيص الاشكال النادرة عند الكلام عن اوصافها وبقي علينا ان نأخذ في تشخيص السل الرئوي العادي متتبعين ادواره كلًّا على حدتهِ

الدور الاول . تشخيص هذه العلة مهم لاسيما في هذا الدور اذ لايزال في وسع الدواء ان يؤثّر في اقتلاع الداء . فان هذا الدور الذي يمتاز لاسيما بالاعراض العامة ودقة العلامات الطبيعية يفد السل فيهِ على وجوه مختلفة

قد يكون المصاب شابًا في اَبان نموّهِ بين الثالثة عشرة والخامسة عشرة من عمره فيضعف ويحرّ قليلًا ويحسّ بتهيج كل مساء فينكرب قسةُ قليلًا وينبهر بسهولة فتجهش نفس الوالدين ويضطرب الطبيب متردداً في تشخيصهِ بين ان يكون ذلك بداية التدرّن او حمّى النمو . فعلى الطبيب والحالة هذه ان يتفحص جيدًا عن قمة الرئة ولا يغفل عن ان النفَس وان كان اقوى قليلًا في القمّة اليمنى لايكون لهُ اهمية كبرى. لانهُ يكون في هذه القمة اشدّ صخباً في نفس الحالة الصحية مما يكون في الجهة المقابلة

وقد يكون العليل بنتاً تبدي جميع اعراض الخلوروز لونها كامد وشبه مخضرّ يعتريها خفقان وألم في المعدة وحمّى قليلة مساء وسعال صغير جافّ

واحيانا متعب . فهل تكون المسئلة في خاوروز كاذب دليلي على تدرُّن في ابتدائه ؟ او في خاوروز حقيقي ؟ فان الجواب قد يكون احياناً صعباً جداً لان كلاًّ من السعال والحمَّى والضعف قد يكون في الخاوروز وان كان أندر فيهِ مما يكون في التدرُّن عند ابتدائه . وعليهِ فلا بدَّ لحل المسألة من الاستعانة بسوابق العليل والتفحص عن اقاربه لعلَّهم مصابون بالتدرُّن ومن التدقيق في تقصي قمَّة الرئة

وقد يبدأُ التدرُّن عن نفث دم . فاذا ما تفحَّصت عن حالة الدم وجدتهُ متأتياً عن الرئة ويؤيد ذلك كلٌّ من منظر النفث والتفحُّص عن القلب بان المسئلة في نفث دم لا في سكتة رئويَّة . فحينئذٍ لابدَّ من احد امرين وهما ان يكون النافث امرأةً او شاباً فان كان امرأةً وكانت سليمة الصحة بدينةً لا يعتورها سعال ولا حمًّى وهي على الخصوص في زمن حيض قد انقطع كان النفث تعويضياً لا يعبأُ بهِ الَّا انهُ يدل مع ذلك على تأثير الرئة وقبولها للاحتقانات . اما اذا ما كان امرأةً تسعل وقد ضعفت وهي تحُّ وقد كان التدرُّن اصاب بعض اقاربها فينبغي ان يستوقف الطبيب حكمه في تشخيصه وانذاره الى ان يقف على حقيقة الامر فلا يستعجلهُ ما يظهر من النفث التعويضي والاستماع السلبي على الاطلاق . ولكن اذا كان المصاب شاباً فيخشى من نشبة التدرُّن فيهِ وان كان الاستماع سلبياً

وقد يشكو المريض احياناً بحوحة في صوتهِ فيشعر بجفاف على سطح

الحنجرة ويسعل احياناً سعالاً جافاً وشاقاً انمــا الاستقصاء المنظاري الحنجري وغيبوبة الحمّى يميزان النزلة الحنجريّة المزمنة عن التدرُّن الرئوي الذي يكون شاركهُ تدرُّن حنجري

وقد يكون العليل ابنةً او امرأةً تبحّ سريعاً بين القليل والكثير وينقطع صوتهــا. وقد أوردوا ان الهمدة من اول ظاهرات التدرُّن الحنجري في بعض حوادث هي بالحقيقة نادرة فيتردد التشخيص اذن بين التدرُّن الرئوي والحنجري والهمــدة التي تناط بالاختناق الرحمي . اما هذه الهمدة فتمتاز بغيبوبة الحمّى وانتفاء الاحساس وغرابة الاخلاق وسبق العوارض العصبية. واما التــدرُّن فيوجه الفكر اليهِ كلٌّ من الحمّى والنحول والآلام الحنجريّة

الدور الثاني . تشخيص العلة يكون في هذا الدور اسهل في العموم لان الدلائل السماعية تكون واضحة جداً والعامة اشدّ بياناً . وقد قدمنا ان ليس لهذه الاعراض السماعيــة ما يميزها عن غيرها . فهي انما تدلّ على تصلُّب أو لين في نقطــة من الرئة من غير ان تحرّر طبيعة هذا التصلّب او اللين . ثم انهُ قد يطرأُ ايضاً على الدلائل السماعية القانونية اضطرابات عميقة اما لتشوُّه يعتري الصدر او لانحراف من اصل الفطرة واما لمرض قـديم قد اصاب الرئة او غشاءها المصلي فاستودعها آثاراً لا تنمحي

اذا اصابت قمةَ الرئة التهاباتٌ شعبية فتوهم بوقوع التدرُّن فيها بينا ان الالتهاب الشعبي يثير خراخر فرقعيــة دونية تزول للسعال . والتدرُّن يكشف عن الغاط خربية ثابتة

ان ذات الجنب الجافة التي ترتكز في القمة توهم بوقوع التدرُّن لما يرافقها من الصمم الدوني والاحتكاكات بيد انهُ لاوجود للنفث فيهـا . واذا ما اشتركت ذات الجنب الجافة في التهاب الشعب التي تحت الغشاء الملتهب كانت المشابهة بينها وبين التدرُّن عظيمة لاتستجليها طُرق الاستقصاء العادية . فان تفحص البصاق بالطُرق التي سيأتي الكلام فيها مما يزيل كل اشكالٍ وخطاء. وهذا الخطاء انما ينشأُ عن اشتراك لان الالتهاب الشعبي وذات الجنب الجافّ اللذين يرتكزان في القمة لايكونان ذاتيـين الّا في النادر انما يكونان في العموم توطئة لتدرُّن لايظهر الاَّ فيما بعدُ

اذا احتلّ احتقان الرئة في نقطة لاسيما في القمة أوهم بوجود التدرُّن وجرّ القلق لاسيما اذا ما صحبه نفث دم . وعليهِ فلا بدَّ من التـدقيق في ملاحظة العليل اذ لايخفى ان كل نفث دم يعقبهُ في الغالب التدرُّن كما ان التدرُّن يُثير في بدنهِ احتقاناً رئويًّا يصحبهُ نفث دموي ايضاً

قد تُبدي احياناً آفات العقد الشعبية القصبيـة بعض الصمم ذلك اذا ما كانت سطحية . وقد ينشأُ عنها لضغطها الشعب لغط نفخي يجـانس اللغط النفخي الاسطواني كما انهُ ينشأُ ايضاً لضغطها وتنبيهها العصبة الراجعـة اليسرى اضطراب في الصوت يوهم بوقوع السلّ في الحنجرة . انمـا غيبوبة الحمّى وانتفاء الخراخر وبقاء الرنين في القمتين والتفحص المنظاري الحنجري ممَّا يزيح كل خطاء واشكال

قد يختلط ايضـاً السرطان الرئوي بالتـدرُّن الرئوي غير ان غيبوبة

الخراخر ووجود العقد الصلبة والمحجمة فوق الترقوتين تكون في الغالب من الادلة النافية للتدرُّن والمؤيدة للسرطان

اما الدُبيلات الرئوية المائية والصحفات الزهريَّة الرئويَّة فهي من الامراض النادرة وحسبنا ذكرها فقط

الدور الثالث . ان المميز لهذا الدور انما هو وجود الكهف وما يدلُّ عليهِ من العلامات الكهفية فتثقل حينئذٍ الاعراض العامة ويقع العليل غالباً في الهزال. اما العلامات الكهفية فتبدو عن جملة امراض رئويَّة نذكر منها التمدُّدات الشعبية والكهوف الرئويَّة والاستهواء الصدري

يمتاز التمدُّد الشعبي عن الكهف الدرني بارتكازه غالباً في الوسط او في القاعدة بينما ان الكهف الدرني يكون في القمة في اغلب الاوقات . التمدُّد الدرني لا ترافقهُ حمّى او يرافقهُ منها ما يكون اخفَّ مما يظهر في الكهف الدرني . صاحب الكهف الدرني يكون في العموم مهزولاً بينا ان اتساع الشعب لا يجرّ الهزال . صاحب الكهف يسعل ويتفل كل ساعة بينا ان المصاب بالتمدد الشعبي ينفث في العموم صباحاً كمية وافرة من مخاط صديدي ثم يندر نفثهُ في الباقي من النهار . اخيراً ان المصاب بكهف درني يُبدي غالباً في نقط أُخرى من رئتهِ اعراضاً ايضاً تكشف عن تدرُّنهِ

اما الكهف الرئوي الناتج عن خراجة رئويَّة فيخالف غالباً ذات الرئة القصيَّة الحادة. والنفث ايضاً يكون اما صديديًّا صرفاً واما احمر لتلونهِ بكريات الدم الحمراء. ثم انهُ من العلامات الفاصلة لهُ عن الكهف الدرني سرعة

دوران العلة وامكان برئها وسرعته بالنسبة الى التدرُّن الكهفي

وقد يفرق الكهف الدرني عن الكهف الغنغريني كل من سوابق العليل وحالته الضعفية وشدة خنزنته ونفسه

انّا نذكر ايضاً في جانب الكهوف الرئوية الكهف الناشىء عن الصمغة الزهرية الرئوية وهو من الآفات النادرة والاستثنائية · فهذه الصمغة اذا ما تلينت وانفتحت استطرقت الى الشعب· ثم الدبيلة الرئوية المائية التي تنفذ الشعب وتندفع الى الخارج· فان هاتين الآفتين تستصحبان اعراضاً مسماعية كهفية الاّ انهما تفترقان عن العلة التي نحن فيها اما بسوابقهما واما بالاعراض الاشتراكية واما بالتفحص عن المواد المنفوثة

اما الاستهواء الصدري اذا ما وقع في بدء التدرُّن فيكون في الغالب عاماً ويدل عليه حينئذ شدة بدئه ودفعه للرئة دفعاً تاماً ضد الحجاب المنصف · انما التشخيص يكون صعباً اذا ما كانت المسئلة في استهواء صدري محدود مختص باطوار التدرُّن الانتهائية· فتتشابه والحالة هذه علامات الاستهواء الصدري الطبيعية ودلائل الكهوف الدرنية السطحية مع ان الرنين في العموم يكون في الاستهواء الصدري اشدّ منهُ في الكهف الدرني والصوت الاناء المستشنّ أندر· ثم انهُ من النادر جداً ان يرتكز الاستهواء الصدري في القمة الرئوية

هذه هي الآفات التي يمكن خلطها بالتدرُّن الرئوي · وعلاوة عليها ينبغي على الطبيب اذا ما عثر على آفة رئوية التهابية كانت او غير التهابية

ان يدقق في الفحص عنها ليتبيَّن اذا ما كان التدرُّن منشأها. فان التدرُّن قد يحجبهُ الالتهاب الشعبي الشديد الذي تصحبهُ حمَّى وتطول مدته وعاليهِ قس الاستهواء الرئوي الشديد الوطـأة . ولا تثق بما قيل عن تنـافي التدرُّن والاستهواء الرئويَّين اذ قد أثبت الدكتوران كرَنشِه وبار فيما أتيا بهِ من المباحث ان التدرُّن المزمن انما يدور دائمًا والاستهواء الرئوي

قد تحجب ايضًا ذات الجنب التـدرُّنَ هذا وتوقع الخطاء على وجوه مختلفة . وذلك اما لان ذات الجنب يصحبها التهاب شعبي فيُكسب اللغطُ النفخي البلوريُّ ما يجاوره من الخراخر رنينًا خصوصيـًا يوهم بوجود كهف وان لم يكن لهُ وجود . واما بالعكس لان انصباب ذات الجنب الرطبـة واحتكاكات ذات الجنب الجافة تحجب الاعراض السماعية التي تشفُّ عن تدرُّن يكون كامنًا تحتها

فلا غرو اذن من تردُّد الطبيب مهما كان حاذقًا في تشخيصهِ في مثل هذه الحوادث وذلك اما لعدم ظهور الاعراض جليًا واما لاشـتراك من شأنه ان يشوّش التشخيص . فلا سبيل والحالة هذه للوقوف على حقيقـة المرض الَّا التفحُّص عن النفث الذي يمكِّن من تقرير العـلة ماتياتيقيًا وفي غاية التدقيق

قد ترَّلوا طويلًا وجود الاليـاف المرنة في نفث المصـاب بآفة رئوية متزلة دليل بيّن على حال كونها درنية . والحق يقال ان لهذا الدليـل قوة عظيـمة الَّا انهُ ينحصر في الادوار المتقدمة ولا وجود لهُ في جميع المرضى

اما التفحص عن الانبوبيات الدرنية فلهُ قوة كبرى وعليــهِ فلا يكون الكلام وافياً او نذكر الطرق التي توصلنا اليها . اما العمل فيتم على هذه الصورة : املأ انبوبة اختبارٍ الى نصفها ماء مقطرًا ثم أضف اليهِ قليلًا من زيت النيلين الذي يستمرّ عائماً على سطح الماء ثم ضع ابهامك على فوهة الانبوبة وحركها جملة مرار ثم صبَّ السائل على مصفاة تكون قد ارطبتها قليلًا منعاً لمرور الزيت الذي لايذوب فتحصل بهذه الوسيلة على زيت النيلين وماء قد حال قلوياً . فاذا اردت ان تلوّن هذا الماء فتأخذ لوناً قاعدياً من النيلين كالفوشين مثلًا . ثم تذوبهُ تذويباً مشبعاً في كحول صرف وتصب منهُ بعض نقط في الماء القلوي ثم تصفّيه ثانيةً فصلًا لزيادة ما يكون فيــهِ من الفوشين فينقلب المحلول شفّافاً صرفاً . فعندما تتهيأ المــادة الملوّنة تأخذ منها كمية وتضعها على بلّور ساعةٍ ثم تترك عليها القطعة التي تريد تتفحّص عنها مدة اربع وعشرين ساعة فترى بعد هذه المدة ان كل النوى والجسيمات قد تلوّنت بلون احمر . غير ان ذلك ليس بكافٍ فلا بدَّ لكَ من ان تتحرّى عملًا آخر يمكّنك من تمييز الانبوبيّة الدرنية عن سائر الأركان . وعليهِ فتضع القطعة المشار اليها في مزيج ثلثاه ماء والثلث الآخر من الحمض النتريك فيحول لون القطعة سريعاً فيمكنك والحالة هذه ان ترى بتوسط المنظار المعظم ان جميع الاركان قد حال لونها ما عدا الانبوبيّات الدرنية. ولكن لما كان من المستصعب الوقوف على الانبوبيات الدرنية الحائل لونها اذا ما كانت قليلة العدد كان ايضاً من المتعذر تعيين ما بينها وبين الانسجة التشريحية من

النسب • وعليهِ فمن اللازم ان يضاف لون اخر قاعدي من النيلين كزرقة المتيلينـا الى الحمض التريك المخفف تخفيفاً ثلثيا فتتلوَّن حينئـذٍ نوى الخلايا والذُريات الأُخرى تلوناً ازرق وتبقى الانبوبيات الدرنية حمراء بل تبين أجلى لتخالف الالوان • فهذه هي الطريقة التي أطرأها الدكتور إرلش والجاري استعمالها في العموم • انما ينبغي قبل ان تغمس في السائل الملوِّن المادةَ التي تحتسبها درنية ان تهيئها وتعدها لقبول الالوان

اذا ما كانت المادة المراد الفحص عنها بصاقاً فيؤْخذ منهُ الخثرات الغلظى وتوضع على صفيحة من زجاج ثم تُبسَط على سطحها بتوسط ابرة مخصوصة ويوضَع عليها صفيحة أُخرى ويُضغَط البصاق ما بينهما بحيث يصير طبقه شديدة الدقة ومتساوية السمك • ثم تفرق الصفيحتين عن بعضهمـا باحد الجفوت وتجفَّف الطبقة المهيئة بسحبها سريعاً فوق سراج يضيئه روح العرق ثم تغمسها مدة ٢٤ ساعة في قعر بلّور مجوَّف يحتوي على محلول من الفوشين قد سبق تحضيره كما اشرنا اليهِ آنفاً • ثم ترفعها وتضعها في الماء المقطر مدةً وبعد ان تتغسَّل جيداً ترفعها وتضعها في الحال في الحمض الآزوتيـك الملوَّن وتتركها فيهِ بضع دقائق • ثم تغسلها ثانيةً في الماء المقطر وتجففهـا سريعاً •وجهاً اليها هواءً جافّاً بتوسط منفاخ يكون فيهِ الهواء المنفوخ متواصلا وبعد ذلك تصفي هذا الاستحضار بان تجعل فيهِ نقطة من عطر القرنفل • ثم تأْخذ صفيحة اخرى من زجاج وتنقط عليها نقطة من باسم كانادا وتقلب عليها الصفيحة المهيئة التي تتمكن حالاً من الفحص عنها بالمنظار المعظم

لكن لابدَّ للمنظار من ان يكون تكبيره للقطر ٥٠٠ مرة لتتمكن من الوقوف على الانبوبيَّة الدرنيــة . اما اذا رغبت في ان تحيط علماً بجميع احوال هــذه الذُريرة فعليــك بمنظارٍ يكون تكبيره للقطر من ٨٠٠ الى ١٠٠٠ مرة

هذه الطريقة تمكنّا من الجزم بتشخيص التدرُّن الرئوي بمــا يزيح كل شكّ . لكن ينبغي للطبيب ألّا يتوقف عند ذلك انما عليهِ ايضاً ان يتفحص عن سائر الاشتراكات التي قد تصيب الجهاز الصدري كالاستهواء الصدري وذات الجنب والاستهواء الرئوي وان يتفقد الاعضاء الأُخرى لعله قد عراها شيء من التدرُّن مثل الحنجرة والقناة الهضمية والصفاق البطني والتــامور والسحايا وغيرها

٢٠٥ الانذار . ان التدرُّن لآفة جسيمة الخطر الّا انهُ لايمكن الجزم بإعطائها لان الانذار قد يختلف باختلاف الظروف . فان الاشكال الحادَّة ولاسيا التحبُّب الدرني قد تقتل صاحبها بنوعٍ يكاد يكون باتًّا . اما المشاهدات المحمودة التي اوردها الاستاذ جاكود فهي استثنائية لاينبغي الاعتماد عليها عادةً في التمريض

اما السل العادي فقد يمكن شفاؤُه في بعض الحوادث و يؤيد ذلك بعض الملاحظات التي قد صار الوقوف عليها حديثاً . اما الاشكال التي يرافقها حمّى لاذعة وحرارة مرتفعة فهي اشدُّ ثقلًا من الحوادث التي تكون الحمّى فيها خُفى . وقد يكون الداء خطراً بالنسبة الى ارتكازه . وممــا

يزيد الانذار خطرًا انما هو اتساع الآفة لا شدَّة درجتها فقد يعيش المصاب طويلًا اذا ما انحصرت العلة الكهفية في قمة الرئة وكان باقي الرئة سليماً . ولكن عندما تنتشر الآفة ولا تقتصر على كهف واحد بل تصيب تدريجيا الرئة في كامل علوها يثقل الداء حينئذٍ ثقلًا كبيرًا . وعليهِ فيترتب على الطبيب ان يتفحص جيدًا عن قاعدتي الرئتين بحيث اذا ما بدت فيهما علامات الترشُّح امكن الجزم بقرب الاجل . وهذا ما حمل الدكتور لاسِكُ على ان يقول ان استقصاء القمة يعاون على تشخيص التدرُّن والقاعدة على الانذار بهِ

٢٠٦ العلاج ١ً العلاج الواقي . لمَّا كان التدرُّن من العلل القابلة الانتشار كان من الواجب فرض علاج يصون البنية منهُ . فان أهم الغراض عزل المصاب بهِ ما امكن . فقد يصعب جدًّا فصل الابن عن ابيهِ او الاخ عن اخيهِ وهلمَّ جراً ولكن لابدَّ منهُ بينهما اقلهُ مدة الليل وقت الرقاد اذ لا يسوغ لهما ان يقضيا الليل في غرفة واحدة . وينبغي ايضًا ان تكون ملابس المصاب وثيابهُ وامتعتهُ في خزانة مخصوصة . وان تغسل ثيابه وحدها وان يكون كل من كأسه وصحونه وشوكته وملعقته مخصوصاً بهِ . وان ينفث في مبصقة لا تزال مغطاة وان يُحرق بصاقهُ في النار وان يرحض مبصقتهُ بماءٍ غالٍ كل يومٍ حذرًا من انتقال العدوى الى غيره

اما في المستشفيات فينبغي ان يكون المتدرّنون منعزلين في غرفة معدة لتمريض دائهم لا غير اذ يكون المستشفى في أوربا منشأ لعدوى التدرُّن

اما المولودون من متدرّنين ومن يخشى دوران التدرُّن فيهم فينبغي استدراك الآفة منذ الولادة كما يعلّمهُ الاستاذ جاكود . فاذا ما كانت صحة المولود نحيفة فلا بدَّ من ابدال رضاعة الام بحليب مرضعة سليمة وقويّة البنية والاستمرار على ذلك ما يمكن من الزمن . وان امكن فلتترب الاولاد في الخارج عن المدن . وقد يفيد تنبيه وظائف الجلد يوميًّا اما بروخات جافة واما باستحمامات منبهة او برحضٍ سريع يعيءٌ بنوع ما استعمال التمريض المائي الصرف الذي هو من اقوى العلاجات الواقية . اما الطعام فيلزم ان يكون مغذيًا من لحوم مشويّة يضاف اليها من الخمر الجيدة ما يكون مراعيًا فيهِ سن الولد . واعطاء زيت السمك وشراب يودور الحديد وخمر الكنكينا . هذا ولا بدَّ من كفه عن الدرس حالما تتأثر صحتهُ وينحرف مزاجه

قد اجاد الدكتور كراف المشاهد الانكليزي الشهير بوصفهِ الاحتياطات الصحية التي ينبغي على كل من يكون مستعدًّا للتدرُّن من قبَل الوراثة ان يتعمدها . قال حذارِ من حبس المبتلى في غرفته او خنقه بالملابس العديدة والفلانلّات صيانةً لهُ من التبرُّد انما يُقتضى تعويد بنيته ليتمكن من تحمل التغييرات الجويّة من غير ان يتأثر منها . فمن يلبس ملابس كثيرة او يلزم غرفتهُ يتبرَّد عشرة اضعاف اكثر ممن لا تكون ثيابه فوق العادة وهو يغسل صدره بماء بارد ويخرج صباحًا باكرًا . وينبغي ان يكون الارتياض في وسط الهواء وان ارتاض العليل في عجلةٍ فيلزم ان يكون مطلقة للهواء من كل ناحية

العلاج الشافي· يجب وصفهُ في بدء العلة فيؤثر في بنية المتــدرّن وينوعها · انما ينحصر في ادوية من شأنها ان تفعل في الانبوبية الدرنية ومن ثمّ في الدرن · فعلى المريض ان يسافر الى محالّ مناخها ناشف وانتقال درجة الحرارة فيها نادر كبعض مدن فرنسا التي يكون موقعهــا على ارياف البحر المتوسط مثل كانّ ومنتون وما اشبهها او الجزائر · وان يتحفظ جيدًا وقت تغيّر الفصول وان يرتاض معاونةً على الهضم وتنبيهاً لقابلية الأكل · ولكن تغذيته منحصرة في موادّ آزوتية كثيرة الغـذاء قليلة الحجم لا تستلزم تعبًا شاقًا من قبل المعدة وأخصها الحليب واللحم النيّ والبيضــات البرشت واللحومات المشويّة او المقلية · وقد يحسن ايضــاً اخذ اللحم النيّ مبشورًا اما مقرونًا بالمربّى او بقليل من الروم والسكر واما بقليل من الملح والفلفل · فمن المرضى من يأخذون منهُ أوقيتين او ثلاثاً في النهار ولا يعتريهم مشقة

قد أطرأ الدكتور ديبوف علاجاً آخر وهو مسحوق اللحم وهو يشبــه الدقيق فيتألف من الياف عضلية صرفًا تتميّز جليًا بتوسط المجهر ولا تتخم المعدة نظرًا لدقتها العظيمة وينبغي اخذه في اثنا الأكل الذي يكون مقداره بحسب العادة · وهذا المسحوق هو اربعة او خمسة اضعاف حجمهِ العادي · فيأخذ منــهُ المريض ثلاث او اربع او ست ملاعق بمقتضى تحمّله ايّاه · وكيفية اعطائه هو ان تضع منهُ ملعقة كبيرة في وعاء ثم تضيف اليها قليــلًا قليلًا من الماء البارد وتحركها دائمًا بملعقة كانك تحل دقيقًا · فاذا ما شابه مزيج الشوكولاتة المفتولة بالمــاء منظرًا وصلابةً يضاف اليهِ ملعقة كبيرة

من الروم وواحدة او اثنتـان من شراب السكر وحينئذٍ يمكن العليـل ان يأخذ منهُ ثلاثة او اربعة اقداح مدة النهار

ان الغرض من الالحاح في تعمُّد الحمية الغذائية انما هو تقوية العليل على المقاومة وذلك باعطائه ما امكن من الاغذية التي تمثَّل. وهذا ما يسمُّونه بما فوق التغذية وهي لا تنحصر فقط بما اوردناه من الاطعمة بل تعم ايضاً عدداً من العقاقير الطبية التي يكون مفعولها مفعول اغذية حقيقية كزيت السمك وفسفات الجير والحلوين والكحول سواء كان على شكل الكُنياك او الخمر القوية والجيدة فان ذلك شأنه ان يأتي بافادة كبيرة في التدرُّن

عند ما يتقزَّز العليل من الاطعمة ولا يمكنهُ ان يأكلها من غير استكراه لا بدَّ حينئذٍ من ازقامهِ بآلةٍ توصل الاكل الى المعدة. ويتمّ ذلك بادخال قثاطير رخوة من الصمغ اللدن الى المعدة لها قمع من زجاج في طرفهِ العلوي. فيمكنك بهذا العمل ان توصل الى معدة المريض ٣ او ٤ مرار في النهار ليترًا من الحليب وبعض بيضات نيئة وبعض ملاعق من مسحوق اللحم ايضاً. فهذه هي الوسائط والطرق التي تمكنا من تقوية المريض وصون قواه ليقاوم الآفة التي توهنهُ وهي التي تجعل البنية غير ملائمة لانتشار الانبوبية الدرنية فيها

لنرَ الان مـا هي الوسائط التي تمكنناً من الاستظهـار على الوارش نفسه. ان هذه الوسائط حديثة عهد تنشأ عمَّا أُتي بهِ اخيرًا من المبـاحث عن طبيعة التدرُّن الرئوي. وهي تنحصر في ايصال مادة بين قليلة السمّ او كثيرة الى الوارش نفسه فهذا ما تعمَّده الاطبـاء الذين احفوا في هذه

المسئلة . فلنا والحالة هذه ثلاث طرق رئيسية وهي طريق المعدة وطريق الرئة وطريق المستقيم

١ً طريق المعدة . قد أطريَ مواد عديدة كانها خاصة بمقاومة التدرُّن وقد حبطت آمال من وثق بها ثقة كبيرة. اعلم انهُ كلما كثرت في العموم الادوية المعدة للمرض دلّت على قصر في فعلها فيهِ وعليهِ فانّا نضرب عمّا يورَد في الجرائد ويذكره بعض المؤلفين في تآليفهم ونقتصر على ذكر ثلاثة اشياء يظهران لها فعلاً قوياً في العلة التي تتصدّى لها وهي الكريوزوت واليودوفُرم والحمض الزرنيخوز

اما الحمض الزرنيخوز فلهُ فعلان : اولهما تقليل مبادلة الافعال الحيويّة فيخفض الحمّى ويُبطئ التغذية . وثانيهما فعله السام ضد الانبوبية الدرنية . فيعطى منهُ اما محاول فولير او محاول پيرسون او حُبيبات ديوسقوريدوس التي تحوي كل منها مليجراما واحداً . فيؤخذ منها اربع او ثماني حُبيبات في النهار وذلك في اثناء الاكل لئلا تتعب المعدة

اما الكريوزوت واليودوفُرم ففعلهما تجفيف المفرز الشعبي وازالته ومن ثم تنقيص التقيحات الشعبية الرئويّة وكلاهما من العلاجات التي تستوقف انتشار الوارش على حدوده. وانّا نستعملها على الصورة الآتية التي نجحنا فيها نجاحاً عظيماً وهي :

كريوزوت	من ٠٠٠٣. الى ٠٠٠٥	سج
يودوفُرم	من ٠٠٠١	الى ٠٠٠٢ سج

خلاصة الافيون المصري	٠٫٠١	سنتيغرام
خلاصة الكنكينا	٠٫٠٥	»

يُمزج ذلك حبةً واحدة ٠ و يعمل منهُ خمسون حبة و يؤْخذ كل يوم واحدة او اثنتان وقت الاكل ٠ وقد يُعطى الكريوزوت اما خمرًا او روماً يكون كل منهما موزوناً بحيث كل ملعقة تحوي من خمسة الى عشرة سنتيغرام من الكريوزوت ٠ فيؤخذ منهُ ملعقتان او ثلاث ملاعق في النهار

٢ً طريق الرئة ٠ قد استعملوا في التدرُّن كل المواد المضادة للعفن ونحن نقتصر على ذكر المحلولات المحوَّلة الى ضباب وتجُّرات حمض الفينيك بمعدل واحد من مئة ٠ وحمض الجاويك بمعدل واحد من خمسين ٠ وقد أُطريَ حديثاً التجُّر بمحلول يحوي مقدارًا معيناً من حمض الهيدروفلُوريك غير ان الاختبار لم يؤيدهُ بعدُ

٣ً طريق المستقيم ٠ ان مداواة التدرُّن بهذه الطريقة قد أطرأها منذ بعض أشهر الدكتور برجون احد اساتذة كلية الطب في ليون ٠ فان جلَّ الغرض من هذه المداواة ادخال غاز الى المستقيم يمتصهُ غشاؤُه المخاطي بسهولة ٠ فبعد ان ينفذ الوريدَ البابَ والقسم من الوريد الاجوف الاسفل الذي يعلو الكبد يصل الى القلب الايمن فيدفعهُ الى الجهاز الرئوي ٠ اما الغاز المرسَل فلا يمكن استنشاقهُ لانهُ يجرُّ الخناق لما فيهِ من الاركان السامة ٠ واما الغاز الذي يكثر استعماله فهو حمض الكربونيك متشبعاً من أبخرة الهيدروجين المكبرت ومن عطر الأوكاليبتُس واليودوفُرم وما اشبه ذلك ٠

وله آلة يتألف قوامها من قنينة يتولد فيها حمض الكربونيك وكرة من الصمغ اللدن يمرّ فيها قبل ان يصل الى قنينة ثانية حيث يخاض الحمض الكربونيك ويتحمَّل الابخرة الطبية المشار اليها آنفاً. ثم يخرج منها بتوسط انبوبة من الصمغ اللدن تدخل الى المستقيم وهي تشترك في اجاصة من الصمغ اللدن ايضاً معدَّة لدفع الغاز الى المستقيم .وقد استحضرت هذه الآلة الى سوريَّة واستعملتها مراراً عديدة . هذه الطريقة تظهر ملائمة الاَّ انها لا تعدُّ الى الان من الوسائط الفعَّالة ضد التدرُّن الرئوي الَّا انهُ في وسعها ان تأتي بما يوافق الامل

ومن الطرق التي تأتي غايةً في النجاح الاقامة بالاماكن التي توجد فيها المياه المعدنية الحارَّة وأخصها مياه بوربول ومُندور والمياه الصالحة (أو بونّ)

هذه هي العلاجات التي تلائم المتدرنين وانَّا نصف تتمةً لما نحن فيه اخصّ الوسائط التمريضية ضد الاعراض الرئيسية المزعجة والاشتراكات التي تكون أعمَّ من غيرها

قابل التقيُّئات بجرعة الدكتور ريڤير والاشربة الحُميضية والاستحضارات الافيونية الخفيفة فان لم تنجح هذه الوسائط فعليك برحض المعدة وازقام العليل بتوسط القساطير . فان النتائج التي نالها الدكتور ديبوف والتي اختبرتها انا بنفسي عندما كنت معاوناً لهُ في مستشفى الرحمة في باريس قد أتت حميدة بما لاريب فيهِ

اما الاسهال فيصـــادّ بالمسحوقات الماصّة كفسفات الجـــير وثاني كربونات الصودا وتحت نترات المرقشيتا . وقد يُقتضى ايضاً في الوقت نفسه ضمّ اللودَنم اليها او استحضار آخر أفيوني . ومن الاسهال ما يكون مستعصياً فلا تفيده هذه الوسائط فيكون حينئذٍ التقرُّح الدرني قد اصاب الامعاء وعليهِ فلا بدَّ من الاستحضارات الكريُوزوتية

اذا ما كان السعال متوترًا ونوبيًا وشاقًّا فيفيدهُ اعطاء المسكّنات التي يكون الفاعل فيها الافيون او الكلورال . وانت في الخيـــار في ان تصف احدى الجرعتين الآتيتين :

شراب زهر البرتقان	١٢٠	جراماً
ماآت الكلورال	٦	«
برومور البوتاسيوم	٣	«

يُمزج ذلك ويؤخذ منهُ ملعقة مســاء عند النوم في قدح من منقوع البنفسج وأخرى مدة النهار اذا ما استمرَّ السعال نهارًا

شراب كزبرة البئر	١٢٠	ج
ماء الغار الكرزي	٢٠	«
كحولاتور خانق الذئب	٣	«
هيدروكلورات المُرفين	٠،٠٦	سج

يُمزج ويؤخذ كالجرعة السابقة

فاذا ما ثارت الحمَّى ثورانًا حادًّا يُعطى العليل احد املاح الكينين

مثل كبريتاته او برومبدراته ٠ ذلك عند ما تكون الحمى مترددة صرفةً ٠ فان لم تكن كذلك فصف حمض الصفصافيك من جرام الى جرام وصف ثلاث دفعات بين الواحدة والأخرى نصف ساعة . او اريزورسين من ٣ الى ٤ج ٣ او ٤ دفعات في بحر النهار . او الأنتيبيرين من ١ الى ٢ ج اربع دفعات بين الواحدة والاخرى ثلاث ساعات

اما العرق الليلي فيقاوم بالعفص (تنين) حبوباً من ٠٫٤٠ الى ٠٫٥٠ سج في النهار او الفاريقون الابيض او كبريتات اللفَّاحين من واحد الى ميليجرامين نهاراً

المبحث التاسع
في سرطان الرئة والغشاء المجلل لها
او السرطان الرئوي البلوري

انَّا نصف سرطان الرئة وغشائها معاً اذ يندر وجود الواحد دون الآخر . فقد يبدأ غالباً في الرئة ولا يصيب غشاءها الَّا ثانوياً

يكون السرطان الرئوي اولياً او ثانوياً ٠ والثانوي اشدّ تواتراً من الاوليّ وهو يخلف في العموم سرطان الثدي ويكون انتكاسياً له بعد استئصال الثدي وعليهِ فيكون اشدَّ اصابةً للنساء منهُ للرجال . وقد يخلف هذا الثانويّ سرطان الحجاب المنصف والغشاء المجلل للرئة والكبد والكلية وغيرها اما السرطان الاوليّ فبالعكس اذ تكون اصابتهُ للرجال اكثر منها للنساء

٢٠٧ التشريح المرضي . للسرطان الرئوي شكلان متجمع ومنتشر فالشكل المتجمع هو الاعم ويكون الورم فيهِ كتلة متجانسة قد جرَّت فناء كل النسيج الرئوي وهي تشغل فصًّا بكمالهِ او توشك أن تستولي على الرئة كلها . فاذا ما حجمت المادة السرطانية لاسيما اذا ما وصلت الى الحجاب المنصف تضغط ما تلاقيه امامها من الاعضاء المختلفة وتفسدها كالشعب والقصبة والمرئ والجُـذُر الغليظة لاوردة العنق والعضو العلوي والقلب وما يقبل من الاوعية . وقد يحف احيانًا بالورم السرطاني أكياسٌ صغيرة تملأها مصالة الى الاصفرار

اما في الشكل المنتشر فتحتل المادة المرضية في النسيج الرئوي نوًى منعزلة ومنبثة يكون النسيج الرئوي بينها اما سليمًا او محتقنًا فقط . اما النوى فمختلفة العمق بالنظر الى مركزها . فان اكثرها عددًا يكون قريبًا من الغشاء الجلل للرئة . وقد يمكن ان يكون هذا الغشاء سليمًا لكنهُ نادر على انهُ يشترك غالبًا في الآفة الرئوية وحينئذٍ اما انهُ يشف هو نفسه عن نوى سرطانية او ينحجب لما يعتريه من الالتحامات او ان تجويفه ينصب اليهِ سائل يكون في الغالب مدميًّ

مهما كان الامر من السرطان الرئوي سواء كان متجمعًا او منتشرًا فانهُ يشفُّ عن جمود معتدل ولونٍ ابيض الى اصفرار . وعند قطعهِ ينضح سطح القطعة بسائل عكر والى البياض . فقد يستمرُّ السرطان الرئوي في العموم صلبًا ومن النادر جدًا ان يتليَّن فتتكوَّن الكهوف

اذا ما كان السرطان الرئوي اوليًا فقد يكون اما في جهة واحدة و م. في الاثنتين انما الثنوي يكون غالبًا في الجهتين

ومن النادر ان ينحصر التولُّد الجديد في الرئة فقد يمتد في الغالب الى العقد الرئويّة الداخلية والشعبية والقصبية والعنقية والابطية فيبدو فيها آفات مجانسة للآفة الاولى . وللظاهرات العقديّة قوّة عظيمة بالنظر الى التشخيص وسوف ترى ان تضخم العقد الترقويّة الفوقية انما هي من اجلّ الوسائط التشخيصية لسرطان الرئة

٢٠٨ الاعراض . هذا السرطان لهُ شكلان بالنظر الى المشاهدة وهما : الشكل الحادّ والشكل المزمن

١ً الشكل الحاد . هو نادر جدًا وهو يفاجئ العليل والصحة جيدة فيختطفهُ ببضع ايام قبل ان يتمكن من ابداء الهزال . فيصحبهُ اعراض موضعية وعامة تجانس كثيرًا اعراض السل الحاد فيشعر العليل بآلام صدرية ويسعل سعالاً متواترًا وجافًا ويعتريه بهرٌ شديد وحمّى حادّة ووصمة عامة واعراض تلبُّك معدة وعرَق ونحول واحيانًا يستطلق بطنهُ . ومن المرضى من يصيبهم همدة وبحوحة ومنهم عسر في الابتلاع وآخرون اوزيما في العضوين السفليين . ويسمع لدى الاستقصاء اما خراخر رنّانة او فرقعية دونية منتشرة في الصدر كلهِ واما لغط نفخي بين قليل الشدة وكثيرها صحبهُ شبه صمم او صمم تلقاء الآفة . ومن النادر ان تنشّب العلة بذات الجنب . غير ان المرضى جميعهم يهلكون اخيرًا فريسة الخناق

٢ً السرطان المزمن . لهُ شكلان : المدفون والعادي

ا الشكل المدفون . قد يتفق ان تفعم النوى السرطانية الرئتين من غير ان تبدي اعراضاً مؤلمة وليس ذلك بنادر في السرطان الثنوي انما يكون استثنائيًا في الاولي . فيقع المصاب في هزال شديد دون سبق السعال او النفث وقبل ان يصيبهُ بهرٌ وان خفيفاً فلا يستبين السرطان والحالة هذه الَّا بغتةً عند الاكتشاف التشريحي

ب الشكل العادي . انَّا نتعمَّد وصف السرطان الاولي . فقد يأتي في اغلب الاوقات يستطبك العليل لألم يتعبهُ في صدره . وهذا الالم الذي يندر في السرطان الثنوي يكون متواترًا جدًّا في الاولي . وقد يكون خفيًا رديَّ الحدود وقد يكون بالعكس حادًا وواخزًا ينحصر في نقطة محدودة كالثدي والناحية الترقوية السفلية والناحية القصية الخلفية ورأس الكتف وفي النادر جدًّا الجهة القطنية . وقد اورد الدكتور بينيه حادثًا بلغ فيهِ الالمُ الذراعَ . وقد يكون هذا الوجع متقطعاً او متواصلًا فان كان متواصلًا فيثور للسعال ولحركات الشهيق القويَّة ولحركات الجزع وحرارة الفراش. انما شدتهُ تختلف من الدغدغة البسيطة الى الآلام الواخزة وقد يشتدّ بحيث يمانع العليل عن الرقاد ملجئًا الى المسكنات القويَّة. وقد يتعاظم تعاظماً كبيرًا بحيث يستميل فكر الطبيب اليهِ وحده . وقصاراي َ ان صفاته الرئيسية انما تنحصر في اثنتين وهما ملازمته وشدَّتهُ المتزايدة

قد لا يغيب البهر ابدًا فيكون خفيفًا في بادئ الامر ثم يشتدّ يوماً

فيوماً الى ان يبلغ احياناً التنفُّس الانتصابي في آخر حدّه . وقد يعود في العموم ليلاً بنوب تضاهي النوب الربوية ويزداد عادةً عند الصعود في سلّم والاضطجاع على الجهة السليمة والانفعالات النفسانية الشديدة . وقد يشتبه العليل بمن اصابتهُ علة قلبية فيجلس على فراشه . وجههُ وارمٌ واوردة عنقه ووجهه ناتئة . جاهداً نفسهُ في ان يتنفس وقد يعروهُ احياناً لغط نفخيّ بوقيّ . لكن مهما كان الامر من هذا البهر الذي يكون دائماً شديداً جداً فان من مميزاته ان يستبين اشدّ مما تبديه دقة العلامات الموضعية السماعية . اما هذا التخالف فلا ينسب الى فساد المنسوج الرئوي نفسه بل الى ما يلحق من الضغط بجذر الشعب والاوعية الدموية الغلاظ والعصبَين الـتائه والحجابي والى ما يلحق ايضاً بالحجاب الحاجز من الثبوت لارتباطهِ احياناً بجدران الصدر بتوسط الورم السرطاني . وقد يبقى البهر بعد بطء الصدر عند ما يتكوَّن الترشُّح

السعال يكون في الغالب من اول الاعراض . فيندر في بادئ الامر ثم يتواتر شيئاً فشيئاً . فتارةً يكون سعالاً عادياً وأُخرى يكون نوبيّاً شاقّاً جداً يشبه سعال الشهقة على حدّ ما يحدث عن اكثر اورام الحجاب المنصف . وهذه النوب تدل في الغالب على حول العقد المحيطة بالشعب وعلى تهيج العصبة الراجعة اليسرى

قد يُفقَد النفث بالكلية . وقد ذكر الدكتور ستكس بصاقاً احمر لونهُ لون شراب الريباس الاَّ انهُ غير ثابت في اغلب الاوقات ويوجد ايضاً في

التدرُّن . ووصف الدكتور هِدسلتر نفثاً نوعيًّا مميزًا لا يداخلهُ الهواء يشبه جُزَيئات من لحم العجول قد طبخت كثيرًا ويتألف عن موادّ صديديَّة الشكل وملطخة احيانًا دمًا . وقد يكون النفث في غالب الاوقات رغويا خيطيًّا يداخلهُ الهواء كنفث الالتهابات الشعبية البسيطة . ومن النادر ان ينقلب غنغرينيًّا صرفًا ذلك عقب موت الانسجة. وقد شوهد احيانًا بتوسط المِجهر جُزَيئات صغيرة من الانسجة السرطانية

ان نفث الدم يكون معتدل التواتر في السرطان الرئوي وأقلّ شدةً مما يكون في السلّ . وفضلًا عن ان الدم يكون احمر ورغويًّا فانهُ يشابه في الغالب نفث السكتة الرئويَّة اي انهُ يكون اسود لزجًا ولا يداخلهُ الهواء

اما الدلائل الطبيعية فمتغيرة . فقد يتشوَّه الصدر تشوهات مختلفة بحسب مقرّ الورم ووجود الانصباب او انتفائه

١ً الجسّ . يدل على نقصان في حركة الاضلاع ناشيء عن التصاق الورم بالجدار الضلعي . اما الاهتزازات الصدريَّة فتبدو متزايدة اذا ما كان الورم سطحيًّا ومتوسط الحجم ومتناقصة او منقطعة عند ما يرتشح سائل في التجويف البلّوري

٢ً القرع . ينبئك عن أطرٍ صمَّاء متأتية اما عن الورم السرطاني واما عن انصباب بلّوريّ

٣ً الاستماع . من احسن علاماته نقصان اللغط التنفسي . وقد يؤُول الى الصمم التام وقد ينشأُ كلٌّ من تناقص اللغط التنفسي او زوالهُ

اما عن انصباب بلوري واما عن ضغط الورم للشعب واما عن الورم ذاته. وقد يكون لغط نفخي تتردد شدته ما بين التنفس النفخي واللغط النفخي الكهفي. اما الخراخر فقد تزول في غالب الاوقات بكمالها اذا تنشأ عند حدوثها عن التهاب شعبي قد انضاف الى العلة الاصلية

لا يخفى ان كل ورم ينتشر في التجويف الصدري يُبدي ضغطاً في الاعضاء المجاورة. وعلامات هذا الضغط من اهمّ ما ينبغي الالتفات اليه في السرطان الرئوي. فان ضغط الوريد الاجوف الاعلى يُثير اوزيما الوجه والعنق واحياناً اوزيما العضوين الاسفلين ويُحدث ايضاً تمدُّد الاوردة السطحية في الوجه والعنق وربما يسبب السكتة المخية. وقد يحدث احياناً تقبضات عن ضغط العصبين التائه والحجابي وعن ضغط العصبة الراجعة اليسرى اعراض حنجرية وسعال شهقي الشكل. وقد يعسر الازدراد عن ضغط مرى ايضاً

ومن اهمّ الاعراض ايضاً تضخم العقد الكائنة في التجويف الترقوي العلوي ومن النادر ان تحتقن التي في التجويف الابطي. فترى فوق الترقوة ورماً محدباً وحجري القوام وهذا مما يكاد يميزه. وقال الدكتور بهيه: «كل ساعلٍ يصيبهُ احتقان عقدي فوق الترقوة فهو سرطانيّ. وكل ساعل تحتقن فيه العقد الفكية التحتية فهو متدرّن» لكن هذا القول اعمّ من ان نزل منزلة ناموس وان كان صحيحاً في اكثر الحوادث

٢٠٩ السير والمدة والانتهاء. يكون السير احياناً سلسلة التهابات

شعبية ليس لها صفات معيَّنة . وقد يُظهر العليل في البداية جميع اعراض ذات الجنب الحادّ . وقد يكون في العموم بدء المرض بطيئاً ومدفوناً ثم يتدرج من دور الوقوف المختلف المدة الى دور الهزال فيزداد حينئذٍ النحول والانحطاط ويقهم العليل ويتجشأ تجشؤات حمضية ويتقيأ ويستطلق بطنهُ ويقع في حمَّى الدق واحياناً تصيبهُ الاوزيما المؤلمة . واعلم ان الهزال الذي يصحب السرطان الرئوي لايكون فيهِ اللون الاصفر التبني الذي يكون عادةً في من يصيبهم السرطان انما يرافقهُ احياناً ارتفاع خفيف في الحرارة يدل ميزان الحرارة عليها

اما انتهاؤُه فيكون بعد زمنٍ يتردد ما بين بعض اسابيع وثلاث او اربع سنوات . اما الموت فيتأتى في الغالب عن خناق يسبقهُ في العموم اضطرابات عقلية يترجح نشوءُها عن سوء الدورة المخية . وقد يموت العليل فجأةً اما من انسداد الشريان الرئوي واما من سكتة رئويَّة

٢١٠ التشخيص . قد يكون تشخيصهُ مستصعباً الاَّ انهُ يختلف مع ذلك على اختلاف الاعراض وذلك اذا ما شابهت اعراضهُ اعراض آفة رئويَّة او ذات الجنب أو آفة في الحجاب المنصف

١ً اذا ما سادت الاعراض الرئويَّة يختلط السرطان بالتدرُّن الرئوي لكن التدرُّن يتخيَّر القمَّة مركزًا والسرطان كل اجزاء الرئة على السواء . البهر يكون في السرطان اقلّ حدَّةً مما يكون في التدرُّن ومثلهُ الحمَّى وقد توشك ان لا تكون في السرطان . اما تضخُّم العقد الكائنة فوق الترقوة

فتختصّ بالسرطان لا بالتدرُّن . وزد عليهِ انهُ قد يتفق في التدرُّن ان يتأنّ الدرن فيتكوَّن الكهف وهذا نادر جدًّا في السرطان . وفحص النفث عند بقاء الريب يوقف على الحقيقة من غير تردُّد

٢ً عند ما تسود الاعراض البلَورِيَّة تمتاز ذات الجنب البسيطة عن ذات الجنب السرطانية بوجود الحمَّى . وعلاوة على ذلك فان وخز الخاصرة يكون في ذات الجنب السرطاني اكثر شدَّةً وملازمةً لانهُ يقاوم في الغالب كل علاج . والترشُّح يكون سريعاً ويعود السائل في الحال بعد البطّ ويكون في الغالب مدمىً . فلا ينقص البهرَ البطُّ الصدري ولا تتنوَّع الاعراض الطبيعية او تتنوَّع قليلًا بعد البطّ . ومما يعاون على التشخيص ايضاً الهزال واحتقان العقَد التي تعلو الترقوة . وقد توجّه الفكر الى وجود السرطان ذاتُ الجنب القديمة العهد والتي قد تكون انتهت باغشية كاذبة في شخص مهزول . انما يكون في ذات الجنب انقباض في الاضلاع والاوراب وذلك نادر جدًّا في السرطان . وعلاوةً على ذلك فقد يعاون على تشخيص ذات الجنب كل من غيبوبة تمدُّد اوردة العنق والتضخم العقدي

٣ً اذا ما استولت اعراض الضغط على مستبطن الصدر فيختلط السرطان الرئوي بكل اورام الحجاب المنصف لاسيما في آفات العقد السرطانية وانورسما الاورطي . وقد يستصعب التشخيص جدًّا في بعض الاحيان . انما ينبغي حينئذٍ الالتفات الى غيبوبة السعال ووجوده والى وخز الخاصرة والصمم الرئوي ليتمكن الطبيب من الوقوف على حقيقة المسئلة

٢١١ الانذار . ان السرطان الرئوي قتَّال لامحالة

٢١٢ العلاج . ينحصر العلاج في بطّ الصدر اذا ما تجمَّع فيهِ سائل وفي تخميد الآلام بالاستحضارات الايتريَّة والافيونية



المبحث العاشر
في الدُبيلة الرئويَّة المائية

هذه الآفة نادرة جدًّا فقد تصيب الرئة اما وحدها واما مشتركة فيما يجانسها من الدُبيلات الكبدية والبلّوريَّة

٢١٣ الاسباب . هي ذات اسباب الدُبيلات المائية التي تُشاهَد في سائر الاعضاء ولا تختلف عنها في العموم ابدًا . ونحن نضرب صفحًا عن هذه الدُبيلات الآن اذ ليس محل الكلام فيها

٢١٤ التشريح المرضيّ . لاتختلف ايضًا اسبابًا ولا قوامًا . فقد تشغل هذه الدُبيلات رئة واحدة او الرئتين معًا فاذا ما اصابت الجهتين فقد تحوى كل منهما خراجًا واحدًا في العموم . وقد يبلغ حجمهُ حجم تفاحة او برتقانة كبيرة ويؤلف من جدار الى البياض يظهر لدى الاستقصاء بالمجهر ممتازًا بخيوط متآزية تدلُّ على انهُ مركَّب من طبقات كثيرة . وقد يتفق ان الدُبيلة لا تحوي في باطنها الّا سائلًا شفَّافًا كالماء القراح لازلال فيهِ بل يتضمن كمية وافرة من الاملاح الكلوريَّة . وقد تحوي الدبيلة الامهية دُبيلات أُخرى صُغرى تُسمَّى بالدُبيلات الابنية . وليس من المتعذر ان

يكون في هذه الدُبيلات ذُريات حوصلية تُعرَف بما لها من الشصوص ٠ وقد تُثير حولها تصلباً قليلًا في النسيج الرئوي فيتكيس الورم بأُطيرٍ ينشأ عن ذات رئة بينية مزمنة

وقد يموت الحيويّن المائي من ذاته او عقب علاج خاصّ فيحول حينئذٍ السائل ويصير عكرًا زلاليـًا يتشرَّب جزء منهُ ٠ وقد يتفق ان تتحجَّر الدُبيلة وقد يستطرق احياناً محويّها الى الشعب فيندفع الى الخارج ٠ وقد يتمزَّق الغشاء الجلل للرئة في النادر من الحوادث فيحدث استهواء صدريّ مائي

٢١٥ الاعراض ٠ قد يكون الداء مدفوناً مدة زمن مديد ٠ وقد يشكو العليل سعالًا وبهرًا وآلاماً صدريّة ٠ وقد يعتريه احياناً نفث دم يمتاز بقلة غزارته وتكراره مرارًا ووهن تأثيره في صحة المريض ٠ وقد يدفع العليل احياناً في اثناء النفث اغشية مائية تمتاز بكونها نصف شفَّافة وبتخطُّطها الذي يسهل الوقوف عليهِ بتوسط المنظار المعظم ٠ وقد يتكرَّر دفع هذه الاغشية في اوقات مختلفة الَّا ان الزمان يكون في الغالب مديدًا ٠ فاذا ما اشترك التجويف في الشعب فيلتهب جدار الدُبيلة ويتقيح ويقع المريض في حمّى الدقّ وقد يموت في حالة الذوبان ٠ وقد يتقلص احياناً جدر التجويف الدُبيلي قليلًا قليلًا فيلتحم بعضها ببعض

تختلف الاعراض الطبيعية على اختلاف حجم الآفة ومقرها ٠ فاذا ما كانت سطحية ابدت صمماً وأتت بانقطاع الاهتزازات الصدريّة واحياناً

بنقصان او بطلان اللغط التنفسي . وقد يُسمع تلقاءها لغط نفخي شعبي يصحبهُ خراخر فرقعية دونية ذلك عند ما تصيب النسيج المجاور ترلة شعبية خفيفة . فاذا ما ارتكزت الآفة على السطح تماماً فقد ينشأ عنها تقبُّب في الجدار الضلعي المقابل لها

٢١٦ السير والمدة والانتهاء . سير هذه العلة لا يزال بطيئاً ومدتها تتردَّد بين سنة واحدة واربع سنوات

اما انتهاؤها فمتغير . فقد يموت العليل اما فريسة حمَّى الدق التي تخلف استطراق المرض الى الشعب فتنتهكهُ بتقيح شعبي مستطيل . واما فريسة اشتراك في الغشاء المجلل للرئة كاستطراق الدُبيلة اليهِ معاً بمحتقنهُ من الاستهواء الصدري . اما الشفاء فيحصل اما عن موت الحيوين المثلي واما عن استفراغ الدُبيلة بطريق الشعب . ذلك اذا ما تمكَّن العليل من مقاومة الاعراض العفنية والالتهابية

٢١٧ التشخيص . تنفصل الدُبيلات الرئويَّة عن الادران الرئويَّة بارتكازها في سائر النقط الرئويَّة على السواء وانتفاء الحمَّى طويلاً والاعراض العامة التي تختلف كثيرًا عما يكون منها في التدرُّن . لكن اذا ما استطرقت الديلة الى الشعب فتشابه الاعراضُ المساعية ما ينتج عن الكهف الرئوي الذي ينبغي فصلهُ عن الكهف الدرني . انما مقرّ العلامات الكهفية وطبيعة النفث وامكان وجود الاغشية المائية ووجود الانبوبيَّات الدرنية في الكهف الدرني ممَّا يعاون على التشخيص

ان السرطان الرئوي يمتاز بشدة اعراضه الكبرى وبسيره الاسرع وتواتر التضخمات العقدية الكائنة فوق الترقوة

وقد تلتبس الدُبيلة هذه بذات الجنب اذا ما استقرَّت في القاعدة وقد يصعب فرقهما ولا يتسنى ادراكها الَّا بتوسط البطّ الصدري الذي يمكّن من الجزم بحقيقة طبيعة السائل

٢١٨ العلاج . اذا ما كانت الدُبيلة سطحية فيحسن تكرار البطّ الامتصاصي ولاسيما الكهربائية فانهُ من شأنها ان عيتا الحييوين المائي . اما الايثر والزئبقيَّات وخلاصة السرخس الذكر التي أطرأُوها في هذه الغاية فلا ينبغي ان يُعتمد على فعلها كثيرًا

ان لم ينجح البطّ الشعري والكهربائية فلا بدَّ حينئذٍ من بطّ الورم ببزل اعتيادي واستفراغهِ ثم حقنهِ بسائل منبه كصبغة اليود او محلول كلورور التوتيا المخفف كثيرًا . اما اذا استطرقت الدبيلة الى الشعب فيجب الاجتهاد بتجفيف التقيح . فعليك والحالة هذه بجاوات الصودا واستحضارات الأُوكاليبتُس والكريُوزوت واليودوفُرم . ولا تنسَ عن تقوية العليل بالاستحضارات الفُسفاتية والكُنياكية والكنكينية



المبحث الحادي عشر
في نفث الدم

حدّهُ . قد حدَّه الدكتور كريزول : انهُ نفث دم يتدفق على الغشاء

لخاطي المغشي للمسالك الهوائية وهذا التحديد قاصر وعليه فانًا نؤثر ما أتى به الاستاذ جاكود لقوله : ان نفث الدم انما هو بصاق دم متأت اما عن نزف دم في الجهاز التنفسي واما عن استطراق الدم الى المسالك الهوائية من الاعضاء المجاورة . فان الانورسما الاورطية اذا ما تمزّقت ونفذت الشعب احدثت نفث الدم

نفث الدم ليس بمرض انما هو دليل مرضي يختص بآفات كثيرة

٢١٩ الاسباب . اسبابهُ عديدة ونحن نوردها جُملًا . فمنها واخصها آفات الجهاز التنفسي اذ ان اكثر علله انما يكون النفث من جملة اعراضها

١ً آفات الجهاز التنفسي . قد يحدث النفث في ادوار التدرُّن الرئوي المختلفة . وقد يكون غالبًا من الاعراض الاستيلائية فيبدو والصحة جيدة وقد يتكرَّر مرارًا في دور الفجاجة للدرن وهو الدور المهيّئ كثيرًا لنفث الدم . وقد كثرت الشروحات في توليد النفث في هذا الدور . فمنهم من ذهب الى تحبُّب جدران الاوعية وتمزيقها . ومنهم من قال بانسداد بعض اجزاء وعائية بالتحبُّب وترلة تعويضية مجاورة . وقال آخرون ان الحُبيبات الدرنية انما تُثير حولها تهيجًا فاعليًا

اما في دور لين الادران فيكون النفث أندر منهُ في الدور الابتدائي انما يقع النفث الدموي ثانية عند تكوّن الكهوف فيكون حينئذٍ عن تمزُّق وُرَيات وعائية تختص بالاوعية التي تشغل جدران الكهف . وقد ينشأُ احيانًا انورسما عظيمة عند تمدد فرعة من الشريان الرئوي داخل الكهف

فتحدث اذا ما تمزَّقت نفثًا دمويًا قد يكون ثقيلًا جدًّا

وقد يكون النفث الدموي أندر في السلّ الحادّ منهُ في السلّ المزمن الّا ان النفث يكون غالبًا في السلّ الحادّ مدمّى يتخلّلهُ مخاط صديدي يختصّ بالنزلة الشعبية الرئويّة وخيوطٌ او كُتيلات دمويّة غير منتظمة الشكل . وهذا النفث يمكّن من فصل السلّ الحادّ عن الالتهاب الشعبي الشعري

قد يندر النفث الدموي في علَل الجهاز التنفُّسي الحادة . فان ما يُشاهد في الاحتقان الرئوي اللّاقلبي وفي ذات الرئة الحادّة والالتهاب الشعبي البسيط والشهقة ومن النفث الذي يداخلهُ قليل من الدم ممتزجًا بالبصاق لا ينزّل منزلة نفث دم رئوي لان النفث الدموي الحقيقي لا يشترك الّا نادرًا في ذات الرئة

نفث الدم عرضٌ متواتر في الغنغرينة الرئويّة . فان النفث الابتدائي قد ينشأ عمّا يحفُّ بالبؤرة الغنغرينية من الاحتقان. اما الذي يحدث فيما بعد فينتج عن تمزُّق الاوعية التي تمرّ من الاجزاء السليمة الى المتغنغرة

وقد يختص بالاحتقان المجاور النفثُ الذي يصحب السكتة الرئوية انما النفث لا يكون ملازمًا لهذه الآفة كما علمت ممّا سبق آنفًا

وقد يشترك النفث وان كان من النادر غزيرًا في بعض العلل التنفُّسية المزمنة كالالتهاب الشعبي المزمن والاستهواء الرئوي والتمدد الشعبي . ويكون احيانًا غزيرًا في التمددات الشعبية

٢ً آفات القلب . اذا ما استثنيت التدرُّن كانت الآفات القلبية من العلل التي تُثير في اكثر الحوادث النفث الدموي الذي يحدث لاسيا في ادوار المرض المتقدمة حينما يتقرَّر ارتخـاء القلب وقصوره عن عمله وتظهر اعراضها الشديدة الثقل

٣ً آفات الاورطي . ان انوريما الاورطي ربما هي من الاسباب الاشدّ تواترًا للنفث الدموي القاصف الذي يختطف صاحبهُ ببضع دقائق. وقد تسبق احيانًا هذه الآفة الهائلة بُصيقات دمويَّة تأتي عن صدع طفيف قد طرأ على الانوريما . وقد ينشــأ عن الورم الابهري في بعض الحوادث نفث دموي ينتج عمًّا يبديه هذا الورم من الضغط على الاوعية المجاورة لاسيما الاوردة الرئوية فيجر احتقانًا انصباليا في الرئة يتبيَّن بسبب تمزُّق الاوعية الشعرية

٤ً الامراض العامة . قد شوهد نفث الدم واترفة أخرى تشــارك بعض الاوبئة كالحميات الثقيلة والجدري والحصبة والقرمزيّة الدمويّة والخر ورهافة الدم

٥ً النفث التعويضي . وقد يكون النفث تعويضيًّا لانتفاء نزل قانوني او مرضي وهو ما يسمونهُ بالنفث الدموي التعويضي . واكثره تواترًا ما يعوّض من الطمث لاسيما في النساء العصبيات والمصابات بالاختناق الرحمي . فقد يحدث النفث في كل شهر من زمان الحيض او يشترك في طمث قليل جدًّا

وقد يقرب من هذه الاترفة ما يحدث في بعض النساء وقت الحبَل والرضاعة

٦ً البنية المفصلية . من الاشخاص مَنْ يتهيَّأُون لان يصيبهم النفث الدموي وان خلوا من الآفات الرئويَّة وهم المعرَّضون لداء المفاصل

٧ً بالنظر الى السن . يكون النفث غالباً أَشدَّ تواترًا في الشباب واليفع مما يكون في الطفولية والكهولة

٨ً الاسباب الموجبة . قد يكون النفث في الغالب من دون سبب موجب بيّن ومع ذلك فقد يخلف حالاً في بعض الظروف السبب الذي قد اثارهُ كالعناء الشاق والمستطيل ونوب السعال الارتجاجية واستنشاق هباء او غاز حرّيف والتناقص في الضغط الجوّي عند الارتفاع الى محال عالية وتغيُّر الطقس الفجائي . فان هذه الاسباب المختلفة التي يتوقف فعلها على اثارتها احتقان الاوعية الشعريَّة وتمزيقها اياها فيما بعد يمكنها وحدها ان توقع النفث الدموي احياناً في من لا يكون قط متهيئاً لهُ . وحينئذٍ يكون النفث الدموي ذاتيًّا

٩ً المرض الجرحي . قد يحدث النفث ايضاً عن مرض جرحي فيعقب حينئذٍ اما جراحة تنفذ الرئة او كسرًا في الاضلاع يمزّق الرئة او نفوذ جسم غريب في المسالك الهوائية

٢١٩ التشريح المرضي . اذا فتحت جيفة رجل قد مات عن نفث دموي الفيت آفات مختلفة على اختلاف سبب نفث الدم . فاذا ما خلف النفث سكتة رئويَّة وقفت على ما يختص بهذه الآفة التي سبق الكلام فيها فراجعه . وان حدث عن نزف شعبي فتمتلئ احياناً الشعب دماً اقلهُ في جهة

واحدة . وقد يكون النزف الدموي غزيرًا ولا يشاهد لهُ آثار في داخل الشعب فيظهر ان العليل قد دفع كمية الدم المترشحة بكمالها . وقد يتمزَّق احيانًا الغشاء المجلل للرئة لشدة نفوذ الدم فيهِ فيحدث الاستدماء الصدري

ذهب بعض المؤلفين الى ان نفث الدم مما يسبب السل الرئوي وظنَّ آخرون ان النفث في نسبته الى التدرُّن يكون دائمًا معلولاً لا علة للسل . ولكن مهما كان الامر من ذلك فان النفث وان لم يتقرَّر انهُ يحدث التدرُّن فان الدم المترشح عنهُ يثير في الشعب التهابات شعبية وذوات رئة نزلية

٢٢٠ الاعراض . قد يكون بصاق الدم في بعض الاوقات من اول اعراض نفث الدم . وقد تسبق النفث احيانًا اعراض منذرة تختلف على اختلاف الاشخاص وتبدو بعض ساعات او بضعة ايام قبل وقوع نفث الدم . فتارةً يشعر المصاب بكرب وحرارة من وراء القص وأُخرى بضيق في النفس وبهر شديد احيانًا صحبهُ او لم يصحبهُ خفقان . وقد يحدث ايضًا سعال صغير يابس نوبيّ مزعج يرافقهُ طعم معدنيّ في الفمّ . وقد يحسّ العليل في بعض الظروف بتبرُّد بيّن في الاطراف

ثم يحدث النزف الدموي وشدته مختلفة . اما كيفية دفعهِ فمتغيرة . فتارةً يصعد على طول الشعب والقصبة فيصل خفيًا الى الفم فيدفعهُ العليل تفلًا . وأُخرى يدفعهُ في اثناء العناء نفثًا . وطورًا يكون النزف غزيرًا جدًّا فيزدحم بسرعة في الفم فيفعمهُ ويرجع للوقت الى الحفرتين الانفيتين

ويثير تقيئات حقيقية . فيخرج الدم حينئذٍ لماسته سطح اللهاة مالئاً الفم ويندفع تقيئات غزيرة من الفم والانف معاً

اذا ما غزر النزف وقعت الاعراض العامة التي ترافق الانزفة العظيمة وهي اكمداد الوجه وتبرُّد الاطراف وتمدد الحدقتين ودويّ الاذنين وسدَر الحواس والدوار والغشيان. وقد تكون هذه الاعراض أشدَّ وطأةً في هذه العلة مما تكون في غير انزفة ذلك لما يعتري المريض من الخوف والرعبة عند ما ينظر نفثهُ الدموي

ان كمية الدم المنفوثة مختلفة فتارةً تكون قطرات فقط وأُخرى تكون بخلافهِ وافرة وقد تبلغ ليترين وثلاثة. وقد يكون الدم صرفاً وهو حينئذ زبدي احمر قانٍ يداخلهُ الهواء . وقد يكون ممزوجاً ببصاق بين القليل والكثير على شكل خيوط او نقط حمراء شديدة الظهور

اما مُـدة النفث فمتغيرة جداً بمقتضى الظروف فقد ينقطع الدم بعد نفث بعض بصاق مدمّى . وقد يستمرّ جملة ايام متأتيا دفعات . اما اذا ما دام النزف بعض ايام فيتغير لون الدم فيصير لزجاً الى السواد ممزوجاً بمخاط بين القليل والكثير. وقد تكون فيهِ هذه الصفات ابتداء. الّا انهُ لا بدّ حينئذٍ من كون النزف قد تمّ ببطء وكميتهُ قليلة جداً ليس في وسعها ان تثير سعالاً دافعاً فتبقى ساعات في اواخر الشعب ولا تندفع الاّ بعد ان تفسد

ويتفق في اغلب الاوقات ان تفقد الاعراض الطبيعية التي ترافق النفث الدموي فيكون رنين الصدر قانونيا واللغط التنفسي ضعيفا قليلًا

في النقط المقابلة للشعب التي قد سدّها الدم . وقد يُسمع في الغالب خراخر فرقعية دونية دقيقة او مخاطية فقط بمقتضى الظروف والاحوال

وقد يرتاح العليل بعد النفث وقد يحترّ احياناً وتبدو اعراض التهاب شعبي يكون في بعض الاوقات منشأً للتدرُّن

٢٢١ السير والمدة والانتهاء . قد يكون النفث مستعصياً فيستحيل عريضه فيختطف صاحبهُ ببضع دقائق . وقد يجرّ الموت احياناً عقب ايام الّا ان ذلك نادرٌ . انما يكون في الغالب متعدداً في سير العلة الرئويّة ويكون انتكاسهُ متواترًا لاسيما في المتدرنين . وقد يكون ايضاً النفث في النادر حادثاً طارئاً فلا ينتج عنهُ شيء

٢٢٢ التشخيص . يكون تشخيصهُ على وجوه مختلفة

١ً التشخيص الفارق . قد يتفق ان ينفث العليل دماً فيستدعي الطبيب لمداواته ولكن لما كان غير واقف على نفث الدم صار يشكل عليهِ بعض الاوقات تشخيص المرض انما تقصي الُخفرتين الانفيتين ولون الدم الاسود يمكّنانه من فصل النفث عن الرعاف حتى في الحوادث التي بها يتصل الرعاف الى الخياشيم ويهيج الحنجرة مندفعاً على شكل النفث الدموي

اما النزف الفمي فيكون في العموم اسود اللون ويكفي لنفي الريب وتأييد التشخيص تفحص الفم بتدقيق بعد غسلهِ جيدًا وحينئذٍ يمكن عزو الآفة الى ينبوعها

ان تقيوء الدم بكون السائل فيهِ اسود لا يداخلهُ الهواء وفعلهُ فعل

الحمض وممتزجاً في اغلب الاوقات بفضلات غذائية . بينما ان الدم في النفث يكون احمر يداخلهُ الهواء وفعلهُ الكيمي يكون في الغالب قاعديا . اما اذا تتبع النفث الدموي طريق المعدة وقت الرقاد واندفع تقيئات فليعرف الطبيب انهُ لا يكون الدم كلهُ مبلوعاً بل يكون حينئذٍ تقيوء ونفث معاً . فمشاركة هاتين الحالين مما تنفي النزف المعدي . وقد يرافق النزف الشعبي اعراض صدرية بينا ان النزف المعدي يصحبهُ اعراض معدية

٢ تشخيص السبب . ينحصر في سؤالين وهما : ما هو منشأ الدم وما هو سبب اندفاقه ؟

ا الجواب على الاول . اذا ما تأتى عن الحنجرة كان احمر ناصعاً وزبديا دائماً قليل الغزارة يندفع نفثاً بسيطاً دون عناء في السعال واحياناً يسيل لذاته سهلاً الى فم العليل عندما يحني رأسه الى قدام

اذا ما وقع النفث عن الشعب والقصبة يكون الدم في الغالب قانياً صرفاً ورغوياً كأنهُ مائع منظره منظر الدم المقتول مع الهواء

اذا حدث النفث عن الرئة كان البصاق في العموم لزجاً غير زبدي ولو داخلهُ بعض فقاقيع هوائية ويكون الى السواد او اسود صرفا . والحق يقال انهُ لا ينبغي الاعتماد على هذه الاعراض لكونها لا تميز العلة تمييزاً مطلقاً

ب الجواب على الثاني . اذا ما كان النفث قاصفاً اوهم بوجود انورسما . وان كان نوبياً وأتى كل شهر وجه الفكر الى النفث التعويضي وان حدث في طفل فيترجح حلول غنغرينة رئوية . واذا كان

المصاب شاباً او يافعاً فمن المرجح ان النفث يكون ناتجاً عن آفة درنيـة وان كهلًا فعن آفة قلبية

٢٢٣ الانذار . يتغيّر بمقتضى غزارة النفث وسببهِ . فبقدر ما يكون النفث التعويضي محموداً يكون النفث الدليلي على انورسما خطراً

٢٢٤ العلاج . يتضمن التمريض وسائطاً موضعية وعامة

الوسائط الموضعية . قـد تنحصر في الخرادل والحجامات الجـافة والحراقات فانها اكثر استعمالاً واشدّ فعلًا من غيرها

الوسائط العامة . افرض على العليل الراحة التامة وامنعهُ عن الصراخ والتكلم والتدخين . وينبغي ان تكون مشروباته واغذيته باردة وان الجأت الحال فعليك بالثلج والمشروبات الجليدية

اما العقـاقير التي توصف في نفث الدم فتكون على ضربَين : منها ما يكون قابضاً كبركلورور الحـديد وحمض الزاج وماء رابيل فقـد يكون من شأنها ان تزيد حيويّة الدم . ومنهـا ما يبدي انقباضاً في الاوعية الشعريّة الرئوية فيكون فعلها اقوى مما سبق ذكره . واخص ذلك الجويدارين فان فعلهُ بانقباض الالياف العضلية الملساء لايحتاج الى برهان . فقد يمكن اعطاؤه جرعة كما في الصورة الآتية :

ماء قراح	١٠٠	جراماً
شراب الراتانيا	٣٠	ج
جويدارين	١٫٥٠	«

يُزَج ويوْخذ منهُ ملعقة كبيرة كل ساعة

وانّا نذكر بجانب الجويدارين الدرديّ المقيْ وعرق الذهب وهما من الادوية الفعّالة ايضاً في هذا الداء . وقد سبق الكلام عنهما في علاج ذات الرئة الحادّ انهما يؤثّران في تنقيص دم الرئة وهذا التأثير نفسهُ يجري في النفث الدموي فيوقفهُ احياناً . وقد يحسن استعمال الجرعة الآتية :

ماء الحسّ	١٠٠	جراماً
شراب الخشخاش الابيض	٣٠	»
مسحوق عرق الذهب	١	»
دُردي مقيْ	٠،٠٥	سنتج

يُزَج ذلك ويوْخذ منهُ ملعقة كبيرة كل ساعة بعد رجّ القنينة

قد يتفق احياناً ان يتقيأ العليل بعد الجرعة السابقة فلا خوف من ذلك اذ يظهر ان التقيوء لهُ فعل يلائم نفث الدم

اما اذا كان النزف غزيرًا جدًّا فينبغي ان تعصب الاعضاء الاربعة عند اصولها عصباً شديدًا من شأنه ان يعيق استفراغ دم الاعضاء الوريدي في اوردة الجذع

اذا اضعف العليلَ نفثٌ غزير كان لا بدَّ من تقويته بالاستحضارات المقويّة كالكينية والفسفاتية . انما ينبغي نبذ الاستحضارات الحديدية لما لها من التأثير التهيجي في الجهاز التنفسي

الفصل الرابع

في علَل الغشاء المصليّ الصدريّ اي البلَورا

ان للصدر غشائين مصليين الواحد الى اليمين والآخر الى اليسار وكلاهما يتألفان من كيسين مصليّين لا فوهة لهما يحيطان بكل من الرئتين . فبعد ان يجللا الجدار الانسي الصدري وجزءا من السطح العلوي للحجاب الحاجز ينثني كلٌّ منهما زاويةً مستقيمة مغشياً لجدار الحجاب المنصف الى ان يبلغ فرجة الرئة . فتستوقفهما هذه الفرجة فيكوّنان عليها قفازًا ثم يتبع كل منهما هذه الفرجة الى ان يصل الى الرئة فينبسط عليها ليجللها كلها

ان للغشاء المصليّ الصدري صحيفتين احداهما ضلعية تغشي الجدار الصدري والأخرى حشويّة تجلّل سطح الرئة . انما الخلاء الوهمي الذي يفصلهما يُدعى بالتجويف البلَوري او الغشائي البينيّ وهذا التجويف يصير حقيقياً اذا ما امسى مركز ترشُّح . ثم ان صحيفتي هذا الغشاء هما متساويتان ينزلق احداهما على الأخرى لِما يرشح فيهما من السائل المصليّ الذي يسهل حركة الرئتين على الجدار الضلعي

المبحث الاول

في ذات الجنب البسيط

ذات الجنب هو التهاب الغشاء المصليّ الصدري . وهو يكون اما

بسيطاً واما صديدياً ونحن نتكلم اولاً عن ذات الجنب البسيط الذي هو من الامراض الاكثر حدوثاً

٢٢٦ الاسباب . لما كانت اسباب هذه العلة مختلفة المصادر كان الجدير بنا ان نوردها اربع جمل

١ الاسباب البادية . من اخص هذه الاسباب البرد والرض الجرحي كالسقطة على الصدر وكسر الاضلاع والجراحات التي تنفذ الصدر وما شاكل ذلك

٢ الآفات الرئوية . منها علل الرئة التي تمسُّ سطح هذا العضو فانها قد تُحدث ذات الجنب كذات الرئة وغنغرينة الرئة وسكتتها وتدرُّنها وسرطانها . ثم ان اكثر ذوات الجنب التي توهم بانها بسيطة تشارك احتقاناً رئوياً دائرياً يترجح انهُ يكون سبب ذات الجنب . وهذا ما حمل العلَّامة لايك على المبالغة لقولهِ : ان ذات الجنب ليست بمرض بلوري الَّا انهُ لم يقل هذا الَّا ليبين جلياً ندرة ذات الجنب الذاتي وحدوثه المتواتر عقب آفة رئويَّة

٣ آفات الاعضاء المجاورة . منها الخراجات الكبدية والخراجات المحيطة بالكلية وسرطانا المعدة والمريّ وانورسما الاورطي . ومنها التهابات عقد الحجاب المنصف والتهاب التامور والتهاب ما يحفُّ بهِ من النسيج الخلوي والمعروف بالتهاب الحجاب المنصف وآفات العمود الفقري والاضلاع والتهاب الجدران الضلعية والغدة الثديية فان ذلك جميعه من شأنه ان يوقع ذات الجنب

٤ً الامراض العامة . ان كلًّا من الاوبئة يمكنه ان يثير العلة التي نحن فيها وانّا نقتصر على ذكر الحدار المفصلي الحادّ والقرمزيّة والحصبة والحالة النفسانية واصداد الدم وداء برَيت اي البول الزلاليّ

ان ذات الجنب لنادرة في الطفولية الاولى والكهولة بالنسبة الى الصبوة واليفع فانها تكون متواترة فيهما . وهي اكثر تواترًا في الرجال منهُ في النساء اذ من المرجح ان الرجال هم اشدّ عرضة من النساء لاسبابها الموجبة

٢٢٧ التشريح للرضي . ١ً آفات الغشاء المصلي . يشف الغشاء الملتهب عن صفات يسهل تمييزها لاول مشاهدة . فيكون في العموم احمر قانيًا بين القليل والكثير ويفقد شففهُ ويثخن ثخنًا يمنع الوقوف على بينونة الفُصيصات الرئويّة . وقد يُشاهد كُدَيات منبثة فيهِ . واذا ما تقصيت فيهِ عن قرب ألفيت وُعَيْنات قد تكوّنت حديثًا وانتشرت فيهِ . فيثخن الغشاء المصلي في العموم ثخنًا عظيمًا يبلغ ٣ او ٤ اجزاء من جزء من الف من المتر وقد تزداد ايضًا صلابتهُ كثيرًا . اما سطحهُ فلا يبقى املس بل يحول خشنًا وغير متساوٍ كانهُ مُغشّى بحُبيبات حُلَيمية الشكل تلصق بهِ لصوقًا شديدًا وتصير جسمًا واحدًا مع الغشاء المصليّ الملتهب . وقد ينضمّ للوقت جداراهُ بعضهما الى بعض على نقط مختلفة . والوساطة التحامات يصعب فرقها بين القليل والكثير

لابدّ لفهم ما نحن فيهِ من الافصاح عن تخطي الالتهاب البلوريّ

بالنظر الى الانسجة . ترى في بادئ الامر ما يحدث في كل التهاب وهو ان الخلايا البشرية المخاطية التي تكسو السطح السائب للغشاء المصلي قد حالت حؤولًا حبيبيًا دهنيًا ثم تناثرت . فيخشن الغشاء قليلًا لسقوط خلاياه البشرية المخاطية وحينئذٍ يبدأ في ثخنه عمل مرضي مهم وهو ان الاوعية الدموية تتمدد وتحتقن والاوعية الليمفاوية تتسع ايضًا فتملأها سريعًا الكريات البيضاء فتخرج من اوعيتها وتندس في نسيج الغشاء المصلي الخاص فتثير في الحال النسيج الليفي لوجودها فيه . فنتيجة هذا الالتهاب تكون نسيجًا موصلًا حديثًا متأتيًا عن انقسام النسيج الليفي الذي يقوم الغشاء المصلي . وهذا النسيج الحديث العهد الذي قد يمكن تشبيهه بالازرار المحمية الكلومية ينمي من جهة السطح المعتق حيث لا تعيقه الخلايا البشرية المخاطية التي قد سبق سقوطها . وقد يتم ترقٍ مجانس على الصفيحة المصلية المقابلة . ولما كانت النقطتان المصابتان متقابلتين كان لازرار الواحدة منهما ان تماس ازرار الاخرى فتنضمان بعضهما الى بعض كشفتي جرح ويقع الاتصال سريعًا بينهما فتختلط في الحال الازرار المحمية . ثم عندما يبلغ النسيج الحاوي المكون للازرار او يصير ليفيًا تنضم صحيفتا الغشاء المصلي والوساطة استطالة قليلة الاندماج او كثيرة تدعى بالالتحام انما ينبغي تتمة للالتحام ان تخشن نقطتا الغشاء المصلي بسقوط بشرتهما المخاطية . اما اذا ما كان سقوط البشرة المخاطية والالتهاب منحصرين في صحيفة واحدة كان الالتحام متعذرًا لان البشرة المخاطية التي تبقى في الجهة السليمة

تنائج التحام الازرار المحمية الملتهبة فيتكوّن والحالة هذه ناميات فقط بين قليلة الثخن وكثيرته على احدى صحيفتي الغشاء المصلي

قد تندر الالتحامات في ذات الجنب الحادّ بالنسبة الى المزمن اذ تكون فيهِ متواترة لان الوقت في الالتهاب الحادّ لا يمكّن الازرار المحمية من ان تنمي وتحول حوُولًا ليفياً . وهذه الالتحامات تختلف شكلًا وثخناً فتكون اما على شكل الصفائح واما على شكل اللُجُم . وقد تنضم صحيفتا الغشاء المصلي انضماماً شديدًا في فسحة عظيمة من سطحهما بحيث قد يتفق ان يزول قسمٌ من تجويفهما . وقد يحدث ان تحدّ هذه الاغشية الكاذبة جزءًا من الغشاء المصليّ وتفرقه عما يجاوره مكونةً لِلآوِ ينشأُ عنها انواع خصوصية في الداء الذي نتصدّى لهُ كذوات الجنب الحجابية وذات الجنب الفصية البينية والتحامات الاضلاع بالحجاب الحاجز

هذه الاغشية الكاذبة لا تخلو من الاوعية فتشارك الانسجة الندبية فيما لها من الصفات وعليهِ فانها تنقبض عند ما يتمّ دورانها انقباضاً بطيئاً لكنهُ متدرجٌ . وهذا الانقباض ذو القوة العظيمة لهُ دخلٌ كبير في تاريخ ذات الجنب المزمن

٢ً للفرز او الارتشاح . يكون الارتشاح في ذات الجنب الحادّ مصليّاً ليفياً بهِ يتقوّم الانصباب . وهو يتألف عن مصلية وليفية محاولة في نِسَب تختلف اختلافاً عظيماً . وهذا الارتشاح يختلف عن الاستسقاء الصدري باحتوائه على المادة الليفية . وقد تتخثر هذه الليفية حالاً بعد ارتشاحها

فتبدو اما ندفًا تطفو في وسط السائل واما أن ترسب على صفيحتي الغشاء المصلي ملتصقةً بهِ . وقد لا يكون لصوقها في العموم شديدًا فتبقى قابلة الانفصال الّا انهُ لا بدَّ من فصل هــذه الاغشية الكاذبة القابلة النموّ عن الاغشية الجديدة او الحديثة العهد التي تقدم الكلام فيها آنفًا

قد تختلف كمية السائل فتتردَّد ما بين بعض ملاعق وجمــلة ليترات فيكون لونهُ ليمونيًا وشفَّافًا اذا ما كان قليل الحجم . واذا ما وضعت منهُ نقطــة بين اصبعين ألفيتهُ ذات صلابة زفتية . وهذا السائل يجمد كلــهُ بفعل الحرارة او بحمض النتريك . واذا ما تفقَّدتهُ بالمنظار المعظم وجدت فيهِ خلايا بشريَّة مخاطية ونوًى واحيــانًا كريات صديدية . وقد يتفق ان يغيب هذا المفرز من ذوات الجنب الحميــدة الطبيعة وحينئــذٍ تتشرَّب الاجزاء السائلة رأسًا . واما الليفية والخلايا البشريَّة المخاطية المتناثرة فلا تُمتص الّا بعد ان تحول حولاً حبيبيا دهنيًا . الّا انهُ قد يتفق بعد امتصاص المفرز ان تتماس ناميات الغشاء المصلي بعضها ببعض فينشأ عنها التحامات بلوريَّة

وقد يكون الارتشاح دمويًا في ذات الجنب الحادّ او اقلهُ يــكون مدمًى وتدميتهُ تكون اما اولية واما ثنويَّة . انما يكون دمويًا ابتداء حينما يشتدُّ النزل الشعري اشتدادًا عظيمًا بحيث يشير اندفاق الكريات الحمراء غير ان ذلك نادرٌ جدًا . وثنويا اذا ما تمزقت الاغشية الحديثة التكوين التي تكثر فيها الاوعية كما سبق الكلام عنها وذلك لعناء في السعال او سبب آخر يشبههُ

٣ تأثير الفرز في الاعضاء المجاورة . ١ الرئة . لا يؤثر فعله الميخانيكي فيما يجاوره من الاعضاء ما لم يكن غزيرًا . فتتفرغ الرئة من جزء ما يكون فيها من الهواء لما تختص بهِ من الانقباض وترجع الى ذاتها ثم من دون ان يصيبها ادنى ضغط تتخلى عن المحل للسائل الذي يستولي على الصدر. ولكن عندما تفقد قوة الانقباض يصير في امكان السائل ان يضغطها. وهذا الضغط يختلف شدةً فاذا ما ما بلغ آخر حده دفع الرئة على الحجاب المنصف فتنبسط تلقاء فرجتها وعليهِ فلا بدَّ من القول بانتفاء الالتحامات . اما اذا كان الغشاء المصلي ممتقًا فيشف الانصباب عن خط شلجمي تقابل في الغالب نقطته العليا العمودَ الفقري ومن وراء . والنقطة السفلى يكون مركزها تلقاء القص ومن قدام . وقد يحدث ان ينغمس جزء من الرئة في السائل من جرى ثقلهِ فقط ذلك لانتفاء الهواء منها بالنسبة الى الحالة الصحية . فيصعد ثمَّ السائل حول الرئة بين القليل والكثير . فاذا ما زاد الانصباب زاد ضغطهُ على الرئة فتندفع تمامًا . فتنقلب الرئة عند انبساطها الكامل كتلة مندمجة متجانسة سنجابيـة اللون والى السواد او الاحمرار وقد يتعذَّر وقتئذٍ تمييزها لولا نسبتهـا الى عُنقها . فيؤخذ من ثمَّ ان الرئة المقابلة تحتقن احتقانًا حادًّا اذ يتوارد اليها بنوع ما الدم المعدّ للرئتين

ان الارتشاح قد يمكنًا من الوقوف على الدلائل السماعية المختلفـة التي تختص بذات الجنب . فانهُ عندما تنخفض الطبقة الفُصيصـية الرئوية الاشدُّ تسطحًا يتناقص اللغط التنفسي شدةً فقط . وعندما ينضغط الجوهر

الرئوي على الشعب يوصل حينئذٍ السائل الذي هو احسن من الغاز مؤدياً للصوت الى الأذن اللغط القانوني الذي يتمّ في الشعب والذي يمانع عن ادراكهِ حلول اللغط التنفسي وهو اللغط النفخي الشعبي . فيكون نوعهُ في ذات الجنب مضطرباً قليلاً او كثيرًا لما يطرأُ عليهِ من اهتزازات السائل وهي التي من شأنها ان توصل صوت المريض وقت الاستماع شبيهاً بصوت الماعز وهو المسمَّى بصوت المعزي . واذا ما اشتدَّ الضغط ايضاً واندفعت الرئة بتمامها على الحجاب المنصف ينحجب اذ ذاك اللغط النفخي الشعبي لعدم نفوذ الهواء الى الرئة وهذا بيان ما يسمونهُ بالصمت

ب القلب . ينحاز القلب لاسيما في ذات الجنب اليسرى فيندفع رأسهُ اولاً الى الخطّ النصفي ثم ينحاز بكليتهِ وعنيقةّ الوعائي نحو الجهة السليمة وقد يدور للوقت حول محوره الاكبر دورةً من شأنهـا ان تدير بُطينهُ الايسر الى قدام . وفضلاً عن اندفاعهِ ينضغط القلب وينبسط في الارتشاحات العظيمة

ت الاوعية الغلاظ لقاعدة القلب . قد يؤثّر الارتشاح في هذه الاوعية . فينفتل الاورطي والشريان الرئوي على محوريهما بين القليل والكثير . فانفتال الابهر الايمن يعتمد عليهِ في تفسير صغر النبض . وانفتال الشريان الرئوي يكون من أهمّ اسباب البهر . اما انحياز الوريد الاجوف الاسفل وانثناؤهُ فيعربان عن امكان حدوث الاوزيما في العضوين الاسفلين

ث لقد ينضغط ايضاً المريء بين القليل والكثير وينخفض الحجاب

الحاجز من الجهة المصابة فينشأ عن ذلك انخفاض الكبد او الطحال وانثناء المعدة وانخفاضها وهذا مما يعرب عن بعض تقيّئات تحدث في ذات الجنب

ج الجدران الصدرية . من اهم فعل الانصباب تأثيره في الجُدُر الصدريّة فيتسع الصدر من جهة الارتشاح وتنتأ الاضلاع الى الخارج والقص الى قدام والى الجهة السليمة وتتشوه ايضاً الجهة السليمة لانحياز القص نحوها وقصارى الكلام أن الصدر يكون شبيهاً بما يعتري الحوض من التشوه الذي يكون منحنياً على شكل البيضة

٤ تأثير الاغشية الكاذبة في ترتيب الرئة . قد تكلمنا عن ترتيب الرئتين مفترضينَ الغشاء المصلي عارياً عن كل التحام ولكن عندما تضمّ الالتحامات بعض اجزاء الرئة الى الجدار الصدري انتفى الوصف الذي اسلفناه ان يكون مدققاً . وعليه فاذا احتلّت الالتحامات القمّة اندفعت الرئة من تحت الى فوق واذا ارتكزت في القاعدة تجمّع السائل ما بين الرئة والجدار الضلعي ودفع العضو التنفسي ضد الحجاب الحاجز . واذا وقعت الالتحامات في القمّة والقاعدة معاً اندفعت الرئة نحو الوسط وبقي التنفس مسموعاً في قمتها وقاعدتها . وقد تكون الالتحامات احياناً تلقاء الحافة المعنقة لبينونات الفصوص فاذا ما انحصر الالتهاب حينئذٍ في الفسحة الفصيّة البينيّة فقد ينصب السائل في هذه الفسحة البينيّة ويبقى سائر التجويف البلّوري منزهاً عن كل ترشح . وقد يتمّ ما يجانس ذلك بين قاعدة الرئة والحجاب

الحاجز فينشأ عنهُ اذ ذاك ذات الجنب الحجابية . وقد ينحصر احياناً الالتهاب في أطر مختلفة تكون ما بين جدار الغشاء الضلعي وجداره الحشوي فيتكوَّن عنهُ مأوياتٍ او ثلاثة . او منعزلة عن باقي الغشاء المصلي من شأنها ان تمتلئ سائلاً وهذا ما يسمونهُ بذوات الجنب ذات المأوَيينِ او الكثيرة المآوي

٥ آفات الاعضاء التي تصحب الانصباب او التي تسبقهُ . قد تحتقن الرئتان في الغالب اما من الجهة المقابلة للانصباب واما من الجهة الاخرى فان كان الاول كان الاحتقان نتيجة ضغط الرئة المصابة وما يلاقيهِ الدم من الصعوبة في الاستظهار على هذا الضغط . وان كان الثاني فيكون للاحتقان حينئذٍ وقع كبير في تاريخ ذات الجنب . ذهب كثير من المؤلفين ومنهم الدكتوران لاسِك وپوتِن الى ان هذا الاحتقان يبين انهُ من الشروط المهيئة للافراز المصلي الليفيني . فمن احدى نتائجه انغماس الرئة لثقلها في السائل باكثر مما تكون في الحالة الصحية فيرتفع حولها السائل ويُسمع اللغط النفخي أوطى من الخطّ الذي يحدُّ سطح السائل . وقد يتفق في بعض الحوادث ان يُدرك شيء من الاهتزازات الصدريّة في إطار الصمم

قد ينشأ عن الاحتقان بهرٌ أعظم مما يستلزمهُ الانصباب . ولما كان هذا الاحتقان شاغلاً للاجزاء الطافية كان المعرب عن تنوُّع الرنين وزيادة الاهتزازات الصدريّة وتطنطن الصوت المشارك لضعف اللغط التنفسي في الاطار الراكز رأساً فوق الارتشاح . وهو الدالّ ايضاً على النفث اللزج

والمائع واللألون له . فقد يغيب من يوم الى آخر فتتناقص الاعراض وينخفض سطح السائل من غير ان تنقص كمية الارتشاح . ولا بدّ من الالتفات الى درجة الاحتقان بالنظر الى سير المرض وتمريضه .

يتأثر القلب نفسه من قبل الارتشاح فيتمدد القلب الايمن من جرى زيادة الضغط على الجهاز الرئوي وقد يؤدّي هذا التمدد الى قصور الصمامة الثلاثية الرؤس . ومن المرجح ان هذه الزيادة في الضغط هي التي ينشأ عنها تخثر الدم في الأذين والبطين الايمنين لان الاستحالة الجلطية والسدّة الرئوية هما متواتران في ذات الجنب بالنسبة الى غيره

٦ً عمل الاصلاح . هذا العمل متغير بحسب الظروف. فان الملائم لامتصاص المفرز انما هو تكوّن الاوعية في الاغشية الحديثة العهد . فاذا ما كان قاصرًا لاسيما اذا ما رسب راسبٌ ليفيني على الاغشية الجديدة وكانت الحالة العامة رديئة وقف حينئذٍ عمل الامتصاص او لم يبدأ. فيثبت الارتشاح وتنقلب ذات الجنب مزمنة . اما في ذوات الجنب المزمنة فيُغشى الغشاء المصليّ باغشية كاذبة ثخينة بيضاء تتقوّم بها العلة احيانًا وتكون منعزلة عن كل ارتشاح سائل. وقد يتفق في بعض الحوادث ان يشارك هذه الاغشية قليل او كثير من السائل الّا انهُ اذا ما ثخن التولّد الغشائي ثخنًا عظيمًا فقد يتكوّن عنهُ كيس مسدود سدًّا محكمًا يحوي في باطنه سائلًا

قد يتحلل السائل تحللًا عفنيًا من تأثير الالتهاب التنوي فيهِ فينتج

عنهُ والحالة هذه غازٌ يحوّل ذات الجنب استهواءً صدريا صديديا من دون ان تنثقب الرئة

وقد تضطرب الرئة في اكثر الاوقات فيحدث في كل ذات جنب قد ازمنت إطار تصلُّبي على سطح الرئة المقابل للآفة البلوريَّة كما تشير اليهِ مباحث الدكتورَين بروّرديسل وپولن . وقد يتقرَّح سطح الرئة بحيث قد يتمزَّق الغشاء المصليّ عند مساواة التقرُّح فيستطرق السائل الى الشعب ويندفع على شكل القيءْ الرئوي

وقد يمتدّ ترقّي التهيُّج لمداومتهِ الى وجه الاضلاع الانسي فيثير فيهِ التهاباً عظمياً سحاقياً قد ينشأُ عنهُ ناميات عظميَّة على وجه الاضلاع الداخليّ .

اذا استمرَّ الارتشاح زماناً مديدًا اتَّسع الصدر اتساعاً بيناً لكن عندما يتشرَّب الارتشاح يتضيق تضيقًا ثابتًا لان الرئة تكون قد فقدت قوة التمدد لما لاقتهُ من الضغط المستطيل فتمسي غير قادرة على الرجوع الى مماسة الاضلاع فتنبسط حينئذٍ الاغشية الحديثة العهد على الرئة المتقلّصة طوعاً للضغط الجوي ولما لها من الانقباض

٢٢٨ الاعراض . لذات الجنب شكلان بالنظر الى المشاهدة وهما : الشكل الجافّ والشكل الرطب او الارتشاحي

١ً ذات الجنب الجافة . قد يكون ذات الجنب هذا اما حاداً واما مزمناً

١ ذات الجنب الحاد . قد يبدأُ هذا الشكل بدء ذوات الجنب الارتشاحية

فيعتري العليل قشعريرات وحُمّى وبهر ووخز في الخاصرة . وقد يأتي العليل يستطبك لوخز في خاصرتهِ فقط لان البهر قد يكاد يكون مفقودًا والنبض كأنهُ قانوني . ولكن مهما كان الامر من شدة هذه الاعراض فلا تتجاوز الّا في النادر اليومَ الاول او الثالث . وقد يحلُّ احيانًا محل وجع الخاصرة كرب مدة ٣ او ٤ ايام يستولي لاسيما على التصعُّدات الخفيفة . ومع ذلك فان المصاب في اغلب الاوقات لا يزال متعاطيًا لا شغاله ومن النادر ان يلزم الفراش

١ً النظر . يوقفكَ على ان اتساع صدر العليل قد تناقص قليلًا من الجهة المصابة وان الصدر ينحني احيانًا الى هذه الناحية . ولا يتأتى ذلك عمّا يحدثهُ الارتشاح من التشوُّه ولا عن انقباض الاغشية الكاذبة بل عن الالم الذي يثبّت بنوعٍ ما احدى جهتي الصدر ويمانع تقلص عضلاتها المقابلة

٢ً القرع . قد لا يشفّ القرع الّا عن ظواهر سلبية ذلك اذا ما كان الالم ضعيفًا . اما اذا ما كان احدَّ فيشير الى تناقص في الرنين الرئوي القانوني ناشئ في الارجح عن انقباض عضل الجدار الصدري . ثم اذا ما قرعتَ قاعدة الرئة وكان الالم حادًا وقفت على ان حدود الرنين السفلى لا تختلف اختلافًا ظاهرًا في نهاية الشهيق والزفير وهذا دليل على غيبوبة الاتساع التنفُّسي في الجهة المصابة

٣ً الاستماع . ينبئكَ الاستماع في اليومين او الثلاثة الايام الاولى بتناقص طفيف في اللغط التنفسي ثم يكشف عن لغط احتكاكي قليلة

او كثيرة خشونتهُ مطابق للحركات التنفسية ويختلف عن الخراخر الفرقعية الدونية اذ لا تتنوَّعه نفضات السعال مطلقاً . وقد يخشن هذا اللغط خشناً متغيرًا جدًّا فتبلغ شدته احياناً شدة لغط الجلد الجديد . فاذا وضعت حينئذٍ يدك على صدر العليل شعرت باهتزازاته . وقد ينقطع الاحتكاك البلَوري عند حبس النفَس خلافاً لما يكون في التهاب التامور الجافّ

ثم بعد ايام تأخذ الاعراض الطبيعيَّة تتناقص فتنتهي بان تغيب او يفد ضيق التنفس قليلًا قليلًا ويُفضي بوقوع علامات ذات الجنب الارتشاحية التي سيأتي الكلام فيها . وقد يتفق ان الاحتكاكات تدوم زمناً مديداً وقد يتناقص اللغط التنفسي ويظهر الصمم فيدلان على تكوُّن اغشية كاذبة ثخينة يستحيل زوالها فيما بعدُ

ب ذات الجنب المزمنة . قد يعقب ذات الجنب هذا الشكل الحادّ وقد يحدث ابتداءً ولا يتقرَّر وجودهُ الَّا بعد زمنٍ اذ يشكو العليل بهرًا خفيفاً وآلاماً صدريَّة تأخذ تقلق افكاره . فاذا ما تُفقّد صدره وُجد مصاباً بذات الجنب الجافة المزمنة التي تكون منتشرة في بعض الاوقات وهذه الالتهابات المزمنة تمتاز بالتحامات واغشية كاذبة . فالالتحامات تمانع انزلاق صفيحتي الغشاء المصلي بعضهما على بعض واذا ما امتدت هذه الالتحامات ولو قليلًا انقبضت الاوراب تلقاءها وقت كل شهيق . فيؤخذ من ثمَّ ان تغطي الاوراب الدائم مما يؤدي احياناً الى اثارة الآلام في الخاصرة . وان كثيرًا من الآلام الجنبية او الآلام الحدارية التي تستولي على

الجدران الصدرية انما هي وخزات خاصرة تنشأُ عن تمطّي الالتحامات او عن التهاب خفيف يعتريها

اما الاغشية الكاذبة الثخينة فلها ما يدلّ عليها من العلامات . فانها فضلًا عمّا تبديه من التشوهات الصدريّة لما يحدث عنها من الانقباض تشفُّ عن صمم وعن تناقصٍ عظيمٍ في الجدران الصدريّة . والاستماع يعرب عن ان اللغط التنفسي قد خفَّ نوعه في الاطار الغشائي الكاذب وقد يكون منقطعًا تمامًا فيهِ

وقصاراي فان ذات الجنب المزمنة ليست مرضًا صرفًا لكنها سقم الغشاء المصليّ الصدري . وقد يكون تأثيرها كبيرًا اذا ما انضاف اليها ذات الجنب الحادّ او التهاب رئوي

٢ ذات الجنب الارتشاحية . قد تكون نظير السابقة حادّة او مزمنة

١ ذات الجنب الحادة . قد يختلف بدءها قليلًا فتارةً يشكو العليل وخزًا في الخاصرة معتدل الشدة يصحبهُ كرب في التنفس . وأُخرى ينتابهُ مدة ايام ادوارٌ حُمّيَّة تكون احيانًا متقطِّعة يومية الطرز في بعض الحوادث . فاذا ما تفقدتهُ أُلفيت فيهِ اعراضًا ايجابية تدلُّ على ارتشاح يكون معتبرًا في بعض الاوقات

لكن قد تبدأُ العلة في اغلب الاحيان بدءًا أبين وأصخب فيفاجئُ العليلَ نافضٌ . ذلك عقب تبرُّد واحيانًا من دون سبب ظاهر . غير ان

هذا النافض يختلف عن نافض ذات الرئة المتوحد والشـديد والمستطيل .
قد تكون نوافض او بالحري قشعريرات غير متسقة المدة تتكرر مدة يومين او اكثر . ويشعر المبتلى في الوقت نفسهِ بوخزٍ في الخـاصرة يكون في العموم شديدًا جدًا قد يحمل العليـل في بعض الحوادث على الصراخ من جرى ألمهِ . وقد يكون أخفَّ فلا يحسّ بهِ الّا وقت يتجشم عنـاءً في السعال او حركات أُخرى ولو كانت قليلة الشدة . وهذا الألم يكون مركزه في الغالب الجهة المصابة فيتخيّر الناحية الثديية وقد يبتعد عنها بين القليل والكثير فيحلّ احيانًا قرب القصّ او في احدى الناحيتين الابطية او الصلبيَّة . وقد يرتكز في حوادث نُدرى في النواحي القطنية وقد يكون ايضًا استثنائيًا في الجهة السليمة . وهـذا الالم المحدود قد يكون احيـانًا منتشرًا . وفي العموم اذا ما كان وخز الخـاصرة شديدًا ولو قليلًا استمرّ اقـلهُ يومًا او يومين مانعًا النوم وعائقًا التنفُّس وقد لا يزول قبل ثلاثة او اربعة ايام . ولما كان الالم يزداد في العموم من العنـاء في النفَس نتج عنهُ تقطع الصوت الذي لابدَّ من فصلهِ عن العناء في الصوت .

بهر البهر وألم الخاصرة والقشعريرة . هـذا البهر الذي يشعر بهِ العليل يقف عليهِ الطبيب ايضًا وهو يقصّر الحركات التنفسية ويحدُّها فتمسي وقتئذٍ اقلّ امتـدادًا ومن ثمّ اشدّ تواترًا . ولهُ مصادر مختلفة اخصهـا النزل الرئوي في الجهة المصابة والارتشـاح الذي يضغط الرئة السابق احتقانهـا والنزل في الجهة السليمـة والالم الذي يثبّت احدى جهتي الصدر واخيرًا

الحمّى التي اذا ما زادت التبادل الغذائي اقتضت لنفسها اسراعاً في الحركات التنفسية

قد تثور الحمّى في بدء المرض فتلازم العليل في العموم مدة ثمانية ايام وقد تشتدّ في الغالب مساءً فتتردّد الحرارة ما بين ٣٨½° و ٣٩½° ولا يكون لها سياق منتظم بخلاف ما يكون في ذات الرئة ٠ اما النبض فصغير وصلب

الاعراض الطبيعية ٠ اذا ما تفحصت عن عليل قد أُصيب بذات الجنب الارتشاحي الفيت ما يأتي من العلائم

١ً النظر ٠ تزداد الجهة المصابة ازدياداً بيناً بالنظر الى حجمها

٢ً الجس ٠ ينبئك الجس بتناقص الاهتزازات الصدريّة اوبطلانها في الإطار الارتشاحي بكماله لكن على درجات مختلفة . فقد تكون الاهتزازات مفقودة في قاعدة الرئة وقد تتناقص كثيراً في الناحية العليا ذلك اذا ما فصلت الرئة عن الجدار الضلعي طبقةٌ من السائل وهي اقلّ ثخناً مما تكون في القاعدة . وقد تتزايد قليلاً الاهتزازات فوق الارتشاح لما يرافقهُ من الاحتقان الرئوي . انما يتبيّن ازديادها في الغالب حيثما تندفع الرئة وتتصلب اعني في الناحية التي تعلو الترقوة . وقد يمكن احياناً ادراك اهتزازات صدريّة ضعيفة في جزء من ارتفاع الإطار السائل اذ تكون الاهتزازات مفقودة من الجهة العليا والسفلى . وهذه الحادثة تتأتى عن التحامات ضمّ الرئة في تلك النقطة الى الجدار الضلعي كما بيّن ذلك الاستاذ جاكو

٣ً القرع . من اهمّ اعراض ذات الجنب الارتشاحيــة الصمم الذي يبدو لدى القرع . وهذا الصمم يكون تاماً فيشعر الاصبع الذي يقرع بمقاومة تحلّ محل المرونة القانونية التي هي من خصائص الجدران الصدريّة . وقد ينقلب الصمم اذا ما بلغ الارتشاح آخر حده شبــه صمم ويحول رويداً رويداً رنيناً قانونياً ذلك اذا ما صار القرع متصعداً الى الجهة العليا . وقد يُسمع احياناً في أعلى الإطــار الأصم صوت طبلي متــأتٍ عن سهولة اهتزازات الطبقة الرئويّة المجاورة لسطح الانصباب العلوي . عندما تبــدأ ذات الجنب وقبــل ان يتمّ الصمم وعندما تكون الرئة منفصــلة عن القفص الصدري بصفيحة سائلة شديدة الدقة يقف المشاهد في بعض الاوقات اذا ما قرع وهزّ ز الرئة على صوت طبلي يسبق الصمم .

قد كثرت المساجلات والمباحث في تعيين الحد العلوي للســائل : فقال قوم ان السائل يرسم في العموم خطّاً شلجميــاً ينزل منحرفاً من وراء الى قدام . وذهب آخرون الى ان حدّه الاعلى يكون افقياً . اما الاستــاذ بيتِر فيثبت ان حدّ السائل العلوي في ذوات الجنب اي في الارتشاحات المصلية الليفينية البلّوريّة يكون منحرفاً ومحدّباً من وراء لكنهُ ينقلب افقيــاً من قدام

لكن قد ينزاح السائل احياناً بمقتضى جلوس العليل . فلما كان السائل في ذات الجنب محدوداً في الغالب بالتحــامات وكان لقوامهِ بعض الصلابة كان الانزياح فيهِ اقلّ منهُ في تجمُّع الماء في الصدر اذ يكون السائل مصلياً

صرفًا والالتحامات منفية . فقد تزول كل الملاحظات بالنظر الى حراك السائل وحدوده العليــاء عند ما يكون الارتشاح عظيماً ويتجــاوز الضلع الثالث . ويكون حينئذٍ الصَمَم تامًّا ومطلقًا من قدام ومن وراء وعلى الاضلاع ومقاومة الاصبع كاملة فيصير القرع كأنهُ على الفخذ

حينما لا يبلغ السائل الترقوة يكون الصوت في العموم لدى القرع طبليا في الناحية الترقوية التحتيــة وهو المسمّى بالصوت السكودي . فمن المرجح انهُ يأتي عن انقباض الرئة وعمّا يطرأُ من الاحوال النوعية على الاهتزازات تلقاء هذه الناحية . اما اذا بلغ السائل الــترقوة فلا بدّ من احد امرين اما ان تكون الطبقة السائلة التي امام القصبة وافية الثخن بحيث يتعذر القرع الغائر من هزّ العمود الهوائي الذي يكون في القصبة والشعب وحينئذٍ يكون الصوت تحت الترقوة اصمّ صمَمًا مطلقًا . واما بخلافهِ تكون الطبقة صُغرى فيتمكن القارع قرعًا غائرًا من هزّ عمود الهواء المشــار اليهِ وإبداء لغطٍ خفيّ احيانًا نوعهُ في بعض الاوقات معدني او مشابه لصوت الاناء المستشنّ وهذا ما يسمونهُ بالصوت القصبي للدكتور ڤيليام

٤ً الاستماع . يتناقص في بادئ الامر اللغط التنفسي في شدتهِ ثم يتغير الزفير في نوعهِ فيصير نفخيًا ومستطيلًا . ثم انهُ اذا كان الانصباب غزيرًا سُمع لغط نفخي حقيقيّ ذو صفات خصوصيــة وهذا اللغط النفخي يسود في الزفير . وهو وان سمع في طورَي النفَس يكون اشدّ في الزفير ممـا يكون في الشهيق . وهو عذب بعيد كانهُ منحجب يختلف نوعهُ عما يجانسه

في ذات الرئة وقد تتباين صفاتهُ تبايناً عظيماً بمقتضى درجة الارتشاح . فاذا ما انبسط الجوهر الرئوي على الشعب المتوسطة القطر اتصف اللغط النفخي بصفات اللغط النفخي الشعبي او الاسطواني . واذا ما كان الضغط اقوى وانبسط جوهر الرئة على الشعب الغلاظ وصل اللغط الذي يتمّ في هذه الشعب الى الاذن شبيهاً باللغــط النفخي الكهفي . ومن ثم ينتج اللغــط الذي يقع في التشخيص وقد يمكن تجنبه اذا وقف الطبيب على وجود ذوات الجنب التي يصحبها الغاط ذات نوع كهفي كاذب . فاذا ما اشتدّ الضغط ايضاً وانبسطت الشعب انبساطاً تاماً بحيث يتعذر نفوذ الهواء فيهــا فيغيب اللغط النفخي حينئذٍ ولا يدلّ على الانصباب سوى الصمت التام . وقد لا يُدرَك هذا الصمت على كل علوّ الارتشاح . فاذا ما تجاوز الانصباب الرئة من وراء على شكل صفيحـــة مائية فقد يتفق ان يكون الصمت كاملاً على فسحة في القاعدة ويُسمع ما فوقها لغط نفخي له احدى الصفات المتقدم ذكرها . ويحل محله في الجزء الاعلى التنفُّس القانوني . وقد تختلف الالغاط سريعاً بمقتضى تزايد السائل او تناقصه وعليه فاذا ما زاد السائل مقـــداراً بطل ما كان يُسمع من اللغط النفخي وعقبه الصمَم المطلق . وقد يكون الامر معكوساً بان يعقب اللغط النفخي الصمَمَ المطلق . ذلك اذا ما كانت الاحوال مختلفة في مريض آخر

اذا ما حمل الطبيب المريض على التكلم وهو يستمع يقف على تنوعات في الصوت تكون على حسب تغيرات التنفُّس . فاذا ما كان اللغط النفخي

حذباً وحجوباً فيوصل السائل الصوت متنوعاً نوعاً خصوصياً فيكون راجفاً شبيهاً بصوت الماعز وهو المسمّى بصوت المعزي . اما اذا اشتركت العلة في لغط تفخي نوعهُ شعبي فيكون تطنطن الصوت اشدّ ازدياداً كما يحدث في ذات الرئة ويُدعى بالصوت الشعبي . وقد يتفق ان يتخذ الصوت صفات الكلام الصدري او الصوت الكهفي ذلك اذا ما اتخذ اللغط النفخي صفات اللغط النفخي الكهفي . وقد يتفق ايضاً في بعض الحوادث ان يشترك استماع الصوت في الصفتين السابقتين فيتحصل حينئذٍ ما يُسمّى بالصوت المعزيّ الشعبيّ

ان الارتشاح لا يوصل الى الاذن الكلام الملفوظ فقط بل الهمس ايضاً وهذا ما يدعى بالكلام الصدري الابحّ . وقد ذهب الدكتور بَكسلي الى ان لهذه العلامة قوة عظيمة في تشخيص طبيعة الارتشاح ظانّاً ان الكلام الصدري الابح لا يكون الّا في الارتشاح المصلي او المصلي الليفيني وانهُ لا يوجد ابداً في ذوات الجنب الصديدية . اما هذا القول فلا يخلو من الغلوّ والاطناب .

وقد يشفّ الاستماع في مَنْ يُصاب بذات الجنب عن خراخر مختلفة نوعاً وحجماً . وهذه الخراخر تتأتى عن التهاب شعبي مشارك لذات الجنب وحجمها ونوعها يتعلقان بحجم الشعبة التي تتمّ فيها وبثخن الطبقة السائلة التي توصلها الى الاذن . فيؤخذ من ثمّ ان بعض الخراخر الفقاعية الغايظة تشترك في اللغط النفخي الكهفي فتوهم بوجود تجويف

ومن دلائل الاستقصاء الطبيعية التي يوعز اليها الدكتور بيتر سير الحرارة الموضعية في الاوراب التي تقابل الانصباب بميزان الحر. فان ما أتى بهِ هذا الاستاذ من المباحث عن ذات الجنب الحادّ الارتشاحي ادّاه الى ان هذا الداء انما يرفع الحرارة الموضعية فتصعد وتتذبذب ما بين نصف درجة ودرجتين. ومما يؤيد ذلك التفحُّص عن الناحيتينِ المصابة والسليمة والمقابلة بينهما

ومن العلامات الطبيعية ايضاً اندفاع القلب الايمن فينتقل رأسهُ الى جهة القصّ في ذوات الجنب اليسرى ويكون كإبرة يُستَدلُّ بها على كمية السائل عند مقايستها

يخفض الكبد ايضاً في ذوات الجنب اليمنى فيختلط صممهُ بصمَم الارتشاح . وزد عليهِ ما يطرأُ على هــذا العضو من الحركة الأُرجوحية التي يسهـل بيانها . على انهُ عندما يخفض فصهُ الايمن يرتفع الايسر ممانعاً لانخفاض الحجاب الحاجز مدة الشهيق ويكون ايضاً من جملة اسباب ضيق النفَس

هذه هي الاعراض الطبيعيــة التي تختصّ بــذات الجنب . اما الاضطرابات الوظيفية اذا استثنيت البهر الذي يشتدّ بمناسبة كمية الارتشاح فلا يبقى سوى السعال

السعال يكون نوبيًّا ويمتاز بصفة مهمة وهو ثورانه مما يتجشمه العليل من الحركات الفجائية في جلوسه . فاذا ما اضفت الى هذا الدليل الذي يكاد يكون مميزًا انتفاء النفث فيهِ ضبطت اهمّ المميزات التي تطرأُ على الوظائف في ذات الجنب

٢٢٩ السير والمدة والانتهاء . يدور ذات الجنب الارتشاحي الحادّ دورًا متزايدًا مدة ٣ او ٤ ايام في العموم فتزداد الحمّى وتتّئذٍ ازديادًا سريعًا ويثبت البهر . اما ألم الخاصرة فقد يدوم مدة هذا الدور كله او يتناقص من اليوم الثاني . فيبدأ الارتشاح في هذه الايام الثلاثة او الاربعة ويزداد فيبلغ العليل دور الوقوف فتتناقص الاعراض ويخمد الداء وان استمرّ الارتشاح . وتهبط الحمّى هبوطًا لا يصل مع ذلك الى الدرجة الصحية وينقص البهر . وقد يتفق ايضًا ان يأخذ بعض المرضى يتعاطون اشغالهم وقد يكون البهر قد زال في العموم انما يبقى السعال وحده متصفًا بالصفات التي اشرنا اليها آنفًا . ثم يبدأ التحلل بعد ايام تختلف ما بين ٥ ايام او ٢٠ يومًا فيتقرّر دور الانتهاء

قد يكون الانتهاء في ذات الرئة فجائيًا وسريعًا اما في ذات الجنب فبطيئًا وممتازًا بما لهُ من التردُّد . فقد يتشرَّب السائل قليلًا قليلًا متوقفًا متقطعًا . وقد يطرأ مدة امتصاصه من دون سبب بيّن هيجةٌ جديدة قد تزيد السائل الَّا انهُ لايلبث ان ينقص ثانيةً بعد ايام قليلة . وقد تتغير العلامات السماعية مدة ترقي التشرُّب فيحلُّ محل الصمت لغط نفخي ينقلب شيئًا فشيئًا عذبًا ثم يخلفهُ اللغط التنفسي بين قليل الضعف وكثيره . وهذا الحول يتمّ من اعلى الى اسفل . واذا بقي كمية قليلة من الارتشاح انحصرت اعراضه في القاعدة

لكن عندما يأخذ السائل في الزوال تظهر حينئذٍ في الغالب الاحتكاكات

الدَورية لان السائل اذا تخلّى عن محلهِ تماس صفيحتا الغشاء المصلي بعضها واحتكّ سطحاهما الواحد بالآخر وابديا عنـد انزلاقهما لغطاً صخباً لمـا يغشيهما من الرواسب الليفينية . وقـد يتفق ان يبدي المصـاب بعد امتصاص السائل بزمن مديد واحياناً الى ما لا نهاية لهُ صمماً في القـاعدة يصحبهُ نقصان في اللغط التنفسي . وهذه الدلائل تعرب عن وجود اغشية كاذبة لاتمحي فيما بعدُ

يستريح العليل راحة عظيمة عند زوال الارتشاح فترجع القوى وشهوة الاكل ويحـدث احياناً افراز بول غزير . وقد لايندر ان يقف التحلل بعد ابتدائه فيحترّ العليل ثانيةً ويضيق نفَسه . انما هذا ينشأ في العموم عن دفعة التهابية جديدة تتمّ اما من جهة الغشاء المصلي الصدري واما من جهـة الاغشية الكاذبة . وقد تعوق احياناً هذه الدفعة الالتهابية التحالل وتعاون على انقلاب الداء مزمناً

اذا لم يتحلل ذات الجنب نحو اليوم الثلاثين فيترجح حينئذٍ انهُ يحول مزمناً ويتعذّر امتصاصه تعذّراً اعظم . وقد تفـد اعراض ثقيـلة فتثور الحمّى وتتـوالى القشعريرات من دون اتساق ويجف الفمّ واللسـان ويقهم العليل وتضطرب سحنتهُ فتثقل حالتهُ العامة . فيترجّح والحالة هذه ان الارتشاح المصلي الليفيني قد انقلب منشأ ارتشاح صديدي

وقصاراي فان ذات الجنب الحادّ قد تنتهي اما بالشفـاء التام وذلك بعد ان تبدي بعض احتكاكات مدة ايام . واما بالشفاء الذي يصحبهُ

التحامات واغشية كاذبة . واما بالحول الى الإزمان واما بتقيّح الغشاء المصليّ . وقد تختطف هذه العلة العليل ببضع دقائق او فجأةً عقب غشيان يتأتى اما عن غمز القلب او عن ارتياحه لغزارة الانصباب واما عن انسداد الشريان الرئوي لاستحالة جلطية او لسدَّة رئويَّة

ب ذات الجنب المزمنة . قد يكون هذا الشكل أوليًا او تابعًا للشكل الحادّ . فاذا ما خلفَ الحادّ ترجّح ازمانه في العموم اذا ما استقرّت الاعراض بعد اليوم الثلاثين . فلا يبدو شيء من الاعراض جديد انما تبقى الاعراض السماعية من دون تغيُّر . ولم يتمكنوا من تعيين اليوم الثلاثين حدًّا اخيرًا لذات الجنب الحادة الّا بعد تقويات قد أوردوا فيها حوادث كثيرة . واذا ما وفدت ذات الجنب المزمنة دفعةً فلنا في ذلك وجها حدسٍ . فاما ان يأتي المريض يستطبكَ لعلتهِ زمانًا مديدًا بعد بدئها شاكيًا من سعال قليل وضيق في النفَس طفيف وليس فيهِ مع ذلك حمًى بل لا يزال يتعاطى اشغاله العاديّة . فيذهل الطبيب حينئذٍ عندما يقف على ما في صدره من السائل الذي قد تتجاوز كميتهُ اللترين . واما ان يأتي يستطبك لاعراض حمويّة متقطعة مع ان الاستقصاء يشفّ عن حمّى تدلُّ على انصباب عظيم . لكن ذات الجنب تدور في الغالب دورانًا مدفونًا فتوقع العليل احيانًا في الخمود وحمّى الدق من دون ان يستلفت احدُ الاعراض الفكر الى جهة الجهاز التنفسي

اما الاعراض السماعية فتكون نفس الاعراض التي ذكرناها في ذات

الجنب الحادة مع هذا الفرق وهو انها تكون أقلَّ اسراعاً في انقلابهـا مما هي في الشكل الحادّ

٢٣٠ السير والمدة والانتهاء . مدة هذا الداء غير محدودة فقد تختلف بين شهرين او جملة اشهر وسنين عديدة فيها يطرأ على العلة ادوار خطرة وبحرانية وتزايد او نقصان في كميـة السائل على نسَب عظيمة . اما انتهاؤه فيكون عادةً بامتصاص السائل امتصاصاً غير تام تاركاً اغشية كثيرة وتضيقات صدريّة تدلّ على اثره . وقد يتكوّن في حوادث نُدرى اما فجأةً واما بعد البطء ناسور يتفرّغ بتوسطهِ السائل كلما ارتشح في التجويف الصدري . وقد يتخرّق الغشاء المصلي فيندفع محويّه قيئاً رئويا . الّا ان هذه الانتهاءات جميعها لنادرة بالنسبة الى غيرها . اما الانتهاء الاكثر تواترًا في ذات الجنب المزمنة فيكون الموت . ذلك عند انتفاء العمل الجراحي . وقد يجئ الموت حينئذٍ اما عن الذوبان واما عن استطراق السائل الى الشعب او الى عضوٍ آخر واما عن تحلُّل السائل مع ما يلحقهُ من التعفُّن الصديدي . اما الشفاء التام فهو استثنائي ولا يتمّ الّا في الحديثي السنّ .

٢٣١ التشخيص . قد تكون ذات الجنب مدفونة بحيث لا يوجّه احد الاعراض الفكر الى الجهاز التنفسي فتبقى العلة محجوبة على رغم ما نتعمده من الوسائط في التقصّي عنهـا . انما يكون ذلك في ذوات الجنب الثنويّة التي تتخلل سير الامراض العامة القليلة او الكثيرة الثقل . فلا يُعرف غالباً والحالة هذه الارتشاح البلوريّ الّا عند الكشف التشريحي

اخفّ منـهُ في ذات الرئة . تدور الحمّى دورانًا قانونيا في ذات الرئة وتكون غير منتظمة في ذات الجنب . في الاولى يصحب السعال نفث مميز لهُ وفي الثانية يكون جافًّا تُثيره كل حركة . وقد تختلف ايضًا اعراضهما السماعية فتزداد الاهتزازات الصدريّة في ذات الرئة و يرافقها لغط نفخي شعبي وصوت شعبي وخراخر فرقعية حول اللغط . بينا ان الاهتزازات تتناقص في ذات الجنب ويكون اللغط النفخي بعيدًا ومحجوبًا ويُسمع صوت الماعز وتغيب الخراخر او تحدث خراخر فرقعية دونية وافية الغلظ ذلك اذا ما اشتركت الآفة في آفة أُخرى شعبية . وفي الاثنتين يكون الصمم الَّا انهُ يحل القاعدة في ذات الجنب ويرتكز في نقط مختلفة في ذات الرئة . فاذا ما تجمعت جميع هذه الاعراض وتبيَّنت جليا كان حينئذٍ التشخيص سهلًا . لكن لا يكون الامر دائمًا على هذه الصورة فقد يتفق ان تغيب الاعراض الرئيسية فيعسر التشخيص . وعلى هذا النمط تبتدئ ذوات الرئة العفنية واللواتي يصبنَ الاشخاص النحاف ابتداءً خبيثًا . فيكون النفث مفقودًا فيهنَّ وفي اللواتي يعترينَ المشائخ والاطفال . ويكون العليل في الغالب ضعيفًا جدًّا بحيث يتعذَّر عليهِ ان يتكلم والصوتُ مرتفع ليتمكن المشاهد من الوقوف على تناقص الاهتزازات الصدريّة او ازديادها . فلا يخفى ما يطرأُ على التشخيص من الصعوبات في مثل هذه الحوادث

خ . قد تختلط بعض احتقانات رئويّة حادة بذوات الجنب لما يصحبها من المجانسة في البدء وفي وخز الخاصرة وبعض دلائل سماعية . انما سرعة

هبوط الحمّى ومدة المرض الوجيزة ممّا يمكنان من تجنب الخطاء

د . يمتاز تجمُّع الماء في الصـدر عن ذات الجنب بغيبوبة الحمّى وبارتكازه غالباً في الجهتين ووجوده لاسيما في مَن أُصيبوا بآفة مولّدة للماء كالامراض القلبية والآفة الكلويّة المعروفة بداء بريت وما شاكل ذلك

ذ . اذا ما ارتكز ورم في الجوف الصـدري اعني بهِ سرطاناً رئويًّا او غيره وقـد شغل قاعدة الرئة فيختلط مهمـا كان الامر من طبعهِ بذات الجنب المزمنة . انما انتفاء النسبة ما بين النوب البهريّة واتساع الآفة وتواتر العقَد في اسفل التراقي والهزال السريع ممـا يؤيد وجود الورم وينفي الآفة التي نحن فيها

ر . اذا ما احتلّت خراجة محجمـة او دُبيلة مائية سطحَ الكبـد المحدَّب في شخص تنتهكهُ الحمّى لسبب آخر اوهمت بوقوع ذات الجنب . الّا ان لآفات الجوف السفلي دليـلًا مهما يفرقها عن آفات الجوف العلوي وهو ان الاضـلاع الاخيرة تنخفض في الاورام الكبدية وترتفع في ذوات الجنب .

ز . وقد يمكن خلط ذات الجنب ذي العلامات الكهفية الكاذبة بكهف رئوي او استهواء صدري ملئي . انما حسبُ المشاهد ان يقف على وجود ذات الجنب هذه ليتجنب الخطاء في الحوادث النادرة التي يمكن وقوعها

٢ً تشخيص كمية السائل . اعلم ان التدقيق في سبر كميـة هذا السائل انما يقتضي جملة عوامل مختلفـة اذ لا بدَّ من الوقوف على انخفاض

الحجاب الحاجز والكبد واندفاع القلب ودرجة تمدُّد الصدر ومن الاستعانة بالقرع والاستماع

اذا ما بلغ الصمَمُ الورب السادس كان مقدار السائل زهاء ١٢٠٠ جراماً . واذا اتصل الى الثالث كان عبارة عن ٢٠٠٠ جراماً . واذا ما غاب اللغط السكودي كانت كميته بين الثلاثة او الاربعة ليترات . ولا يخفى ان هذه العلامات القياسية انما هي وسائط تقريبية

يوقف الاستماع على نتائج وافية الدقة . فاذا ما كان الارتشاح قليل الكمية كان اللغط عذباً ومحجوباً . واذا ترددت كميته بين الالف والالف وخمسة جراماً كان اللغط شعبياً. وقد يكون كهفيا او يحتلّ محلهُ الصمت التام اذا ما تجاوز الارتشاح الليترين والثلاثة

٣ً تشخيص طبيعة السائل . اذا كانت ذات الجنب حادة والتهابية صرفاً ترجّح كون السائل مصلياً ليفينيا . اما اذا تكررّت القشعريرات في سير هذه العلة وصحبها للوقت حالة عامة ثقيلة مع جفاف اللسان واستطلاق البطن وغيره توجه الفكر الى انقلاب الارتشاح صديدياً . ثم انهُ اذا وقعت ذات الجنب في نحاف البنية وذوي الدم الرقيق او الخفر او تخللت سرطان الرئة فيترجّح كون الآفة التي نحن فيها دموية الانصباب. لكن قد يصعب غالباً الجزم بطبيعة السائل فحينئذٍ لا بُدّ من البطّ الاستقصائي الذي يزيل كل ريب واشكال

٤ً تشخيص السبب . اذا ما كان السبب جلياً بان عقب الداء

البرد او تخلل سير حدار مفصلي حادّ كان التشخيص حينئذٍ سهلًا . غير ان الامر لايكون هكذا لان ذات الجنب تكون في العموم دليلًا على آفة رئويّة . فعلى الطبيب اذا ما عثر على انصباب بأوري ان يتفحص عن الرئة لعلها تكون سبباً له

من العلل الرئويّة التي تُثير في الغالب ذات الجنب التدرُّن الرئوي . وعليهِ لا بدَّ من استقصاء قمتي الرئة بتدقيق في كل من أُصيب بذات الجنب وبذل الجهد والعناية لاسيما اذا ما أدّى القرع الى صمم طفيف او شبه صمم ودويّ بيّن متزايد في الصوت . فمن اللازم في مثل هذه الحوادث ايقاف الانذار (١)

ومن اسباب الداء المتصدون له المتواترة السكتة الرئويّة . وقد حمل هذا الامر الدكتورَين شركو وڤوليبيان الى القول بان اكثر ذوات الجنب انما تكون في المشايخ نتيجة سكتة رئويّة

٢٣٢ الانذار . ان ذات الجنب لمن الامراض المهمة والانذار بهِ يختلف بمقتضى الحوادث . فذات الجنب الحادة تكون اقلّ ثقلًا من المزمنة . وفضلًا عن ذلك فلا بدّ من النظر في السائل وطبيعتهِ وفي سبب العلة وحالة العليل العامة

٢٣٣ العلاج . على الطبيب ان يجتهد في تخميد الالم ومقاومة ضيق

---

(١) قد اثبت الدكتور لَندوزي وبعدهُ ديلافوا ان اكثر ذوات الجنب المعروفة بالبرديّة انما ينشأ عن التدرن

النفَس اذا ما كان الداء في بدنه وكان الانصباب مفقودًا او لم يبلغ كامل حدّه . وقد تختلف الوسائط المعدّة لذلك بحسب عمر المصاب وقوته . فان كان العليل شخصاً ضعيفاً ومنحطاً فعليك بالخرادل او صبغة اليود او المروخات المحمّرة . اما اذا اشتدّ الألم اشتدادًا بيناً فيحسن استعمال حقنة مرفينية تحت الجلد . وان كان العليل اقوى بنيةً فيلائم ارسال ١٠ او ١٢ علقة الى الجهة المصابة او استعمال خمس او ست حجامات بشرط . لكن اذا كان المصاب قويًّا وبدينًا وكان الالتهاب صرفاً فمن المستحسن الفصد العام الذي يسوغ تكراره مرتين او ثلاث مرار في الايام التابعة

وقد ينبغي ان يضاف الى ما سبق الادوية الباطنة . منها المدرّات للبول التي توصف في اغلب الاوقات كحشيشة الكشاتبين وبصل العنصل والنَّيل وغيرها . اما الجبار الهندي وملحُ البيلوكربين فقد يؤثران في هذه العلة انما على الطبيب ان يتأكد قبل وصفهما على سلامة القلب . ومنها الدُردي المقيئ الذي يمكن اعطاؤه في ذوات الجنب الالتهابية الصرف . ثم ان الحمية اللبنية من احسن ما يعاون العلاج المار ذكره بالنظر الى الاشخاص الذين يستطيعون ان يتحمّلوها

اذا ما بلغت ذات الجنب دورها الوقوفي وأخذ السائل يُمتصّ كان من المستحسن وضع حراقة واحدة او جملة حراقات على الجهة المصابة معاونةً للامتصاص . لكن جمهور الاطباء لا يقول بافادة الحراقات وكثير منهم

يؤثرون عليها بطّ الصدر حينما يغزر المفرز غزرًا ولو قليلًا

ان البطّ الصدري او بزل الغشاء المصلي المجلل للصدر قد أطراهُ العلّامة تروسو بحيث عمّ استعمالهُ . ولم يزل عملًا مهمًّا وحقيقيًا الى ان نبغ ١٨٦٩ العلّامة ديلافوا فتعمّد المنهاج الماصّ وتمكن من استفراغ السائل بالبطّ الشعري . فحينئذٍ زال الخطر وصار في وسع كلٍّ ان يتحرّى البطّ الصدري وامست ذات الجنب من الامراض الحميدة العاقبة لامكان تجنب سبب خطرها الرئيسي . غير ان الامر لم يأتِ على ما يوافق الامل فان الدكتور بينيه قد اوقف سنة ١٨٧٣ الندوة الطبية لمستشفيات باريس على ان عدد الموتى قد تضاعف منذ اخذ القوم يسرعون في استعمال البطّ الصدري . الّا ان الخطاء لم يحدث عن هذه الطريقة بل عن جهل الذين كانوا يستعملونها . فان البطّ الصدري لهُ ما لطرق التمريض من الاحوال الجازمة واللاجازمة بهِ . فتكون الغباوة قد أوقعت الخطاء وسوّدت وجه التقويمات التي أُتي بها

اذا ما وفدت ذات الجنب مصحوبةً بارتشاح كان لا بدّ من امرين وهما اما ان يكون البطّ مجزومًا بهِ واما مترددًا فيهِ

فما هي الاحوال التي تحمل على الجزم بالبطّ الصدري ؟ لا تثق بالبهر فانهُ من الادلة الخادعة لأنك اذا انتظرت وقوع ضيق النفَس لتستفرغ السائل فكأنك تنتظر ان يبلغ الارتشاح حدًّا تكون حيوة العليل قد آلت معهُ الى خطرٍ من زمنٍ مديد . فتعزم على استفراغ السائل غير ان

ذلك قلّ ما يجدُ نفعاً. لانهُ ليس من النادر ان يموت العليل فجائياً في ذات الجنب قبل ان يُبدي ضيقاً في النفَس او بعد ان يُبدي القليل منهُ

اما الدال على استفراغ المفرَز فهو مقـداره ونحن نقول مع الدكتور ديلافوا انهُ لا بدَّ من البـطّ الصدري اذا ما بلغ مقدار المرتشح زهـاء الليترين في شخص حسن البنية . فاذا ما تصعد الصمم من وراء الى شوكة عظم الكتف وتبدّل الصوت السكودي بصوت خفي في الناحية الـترقوية وضرب رأس القلب في نواحي القص عندما ترتكز ذات الجنب في الجهة اليسرى فتدلُّ هذه العلامات وان لم يكن التجويف البلّوري قد امتلأ على ان الارتشاح في اليافع قد بلغ الليترين على الاقلّ . فاجزم حينئذٍ بالبطّ ولا تتأخر الى الغد لان التأخر من شأنهِ ان يؤدّي الى موت العليل

ومن الحوادث ما لا يكون البطّ فيها مجزوماً بهِ او يكون اقلهُ متردداً فيهِ . على انهُ اذا اخذ المرتشح يتناقص وكان امتصاصه سريعاً كان لاسبيل الى ضرورة العمل . اما اذا لبث الارتشاح وكان تشرُّبهُ بطيئاً فلا بدَّ حينئذٍ من استفراغ السائل

اذا طالت الرئة مماسة للارتشاح البلّوري لاتبقى سايمة من غير ان يؤثر فيها فينشأُ مع الزمان على سطحها تصلُّب يمانعها عن الرجوع الى مستقرها وقت يُمتصّ السائل او يُستفرَغ . وقد يتكوّن ايضاً التحامات تثبّت الرئة والقلب وتمنعهما عن ان يرجعا الى ما كانا عليهِ . ذلك اذا ما تمكنت هذه لالتحامات ان تنقلب ليفية . فاذا ما بُطّ الصدر في آنٍ يلائم قصرت

•ـــدة العلة جملة اسابيع وهبطت الحمّى وانتفى حول الالتهاب صديديا او اقله مزمناً

كيفية عمل البطّ • يجلس المريض على فراشهِ ويداه مندفعتـان الى قدام • فان الدكتور ديلافوا يشير الى انتقاء الورب الثامن متتبعاً الزاوية السفلية لعظم الكتف • ثم لابدَّ من استعمال ابرة صغـيرة تعدُّ لذلك لا المبزل الغايظ المنوط بالآلة المسمَّاة باسمه• فاذا •ا حصل الفراغ في الآلة وتأكد المشاهد قبل الشروع في العمل انها محكمة الاتساق أوصل الابرة بانبوبة الآلة المـاصَّة •ثم يضع السبَّابة اليسرى على الورب الذي انتقـاهُ متخذًا طرف هذه السبَّابة دليلًا • ثم يأخذ الابرة المعدَّة باليد اليمنى ويخزق الورب والغشاء المصلي المجلل للصـدر مزلقًا الابرة على ظفر سبـأبة اليدّ اليسرى التي تكون مستندة الى الحافة العلوية للضلع الاسفــل • فاذا ما نفذت الابرة الانسجـة وغارت قدر ٢ او ٣ من مئـة جزء من المتر تفتح الحنفية فينشب السائل في القابلة • وان لم يخرج شيء فلا بدَّ من الزيادة في غرز الابرة ثانية • فعندما يمتلئ الوعاء ويكون قد أُستفرغ زهاء ١٠٠٠ او ١٢٠٠ جراماً من الارتشاح ينبغي حينئذٍ ان توقف العمل • ثم تكرره في الغـد او في اليوم الثالث بمقتضى ما تحمل اليهِ الظروف

لاتسهَ عن ايقاف الاستفراغ حينما يشكو المريض وقت العمل تمزقًا او ألمًا في صدره او يسعل سعالًا نوبياً كأنهُ متواصلٌ • اما الابرة فلا يبقى لها عند رفعها آثار في الصدر

ذهبوا الى ان للبطّ الصدري اضرارًا منها النفث الزلاليّ وهو عرض في وسعهِ ان يصير ثقيلًا جدًا . فان العليل في الحوادث الخفيفة يشعر في الحال بعد البطّ بضيق نَفَس وسعال ونفث رغويّ مدمّى او زلاليّ ويكشف الاستماع عن خراخر دقيقة متأتية عن أُوذيما الرئة . وقد تعجّل الاعراضُ في النادر موتَ العليل وهي تنشأ عن أُوذيما حادة رئويّة ناتجة عن البطّ الصدري . وهذه الأُوذيما تحدث اما عن آفة رئويّة قديمة في الرئة المقابلة او في القلب واما عن استفراغ كمية عظيمة من السائل على سرعة كلية

وقال آخرون ان البطّ الصدري قد يثير الحول الصديدي فتنقلب ذات الجنب صديدية . اما هذا فلا يحدث الّا اذا ما كان المبزل وسخًا غير مرحوضٍ غاية الرحض لانهُ ليس من العجيب ان يحمل المبزل اركانًا يستودعها التجويف الصدري فتنمو وتُبدي التقيح فيهِ . وانّا على يقين انهُ اذا ما أُتقنت الاحتياطات المضادة للعفن كان البطُّ الصدري قاصرًا عن ان يهيج الحول الصديدي

المبحث الثاني
في ذات الجنب الصديديّة

حدُّها . ذات الجنب الصديدية هي نوع من الالتهاب البلّوري فيفرز الغشاء المصلي افرازًا صديديا

٢٣٤ الاسباب . اسباب هذه العلة كثيرة ومختلفة

١ً قد تخلف الرضّ الجرحي كجراحات الصدر النافذة

٢ً وقد تعقب التهاب عضو مجـاور او آفة أُخرى تعتريه كاستطراق كهف رئوي او درني او غنغريني الى الغشاء وغنغرينة سطح الرئة وخراجات الكبد والخراجات المحيطة بالكلية والالتهـاب الصديدي لعقد الحجـاب المنصف وتسوُّس الاضلاع والعمود الفقري واستطلاق الخراجات العظمية الى الفضاء الصدري

٣ً وقد يتخلل ذات الجنب الصديدية احد الامراض الثقيلة او يفـد عند انتهائه. ونحن نقتصر على ذكر الجدري والحصبة والقرمزيَّة واصداد الدم ونقه الحمَّى التيفوديَّة

تردَّد كثير من المؤلفين في هل تنقلب ذات الجنب المصلية صديدية وهل يكون ذلك متأتياً عن البطّ الصدري ؟

ذهب العـلَّامة ديلافوا ان كل ذوات الجنب التي تنقلب صديدية عقب بط وحيد او متعدد انما هي معدَّة لامحالة لأن تصير صـديدية. ونحن نذهب الى ان ادخال الجراثيم والانبوبيَّات في التجويف الصـدري بتوسط المبزل مما يُثير الاصداد . وعليهِ فانَّا نعزم على عدم البطّ في نقطـة لاتزال متقيحة بعد حراقة اللهمَّ اذا كان ثمَّ علة موجبة

٢٣٥ <u>التشريح المرضي</u> . ١ً <u>المفرز</u> . يختلف السائل منظرًا عن السائل الذي يكون لونهُ لبنيًا والذي يشاهد فيهِ بالمنظار المعظم عدد عظيم من الكريات الصديدية الى السائل الثخين الندفي الذي يصعب خروجه من الانابيب المعدَّة

لاستفراغه . اما مقداره فيكون من بعض ملاعق الى خمسة او ستة ليترات واما رائحتهُ فقليلة في بعض الاوقات وقد تكون قويَّة كما اذا تجمع صديدٌ قرب تجويف يحوي هواء . واذا ما نفذ الهواء في التجويف الصدري فاحت عنهُ غالباً رائحة شديدة الخنز . هذا السائل يحوي اغشية كاذبة منها طافية ومنها ملتحمة بالغشاء المصلي . وهذه الاغشية الكاذبة قد يتكون عنها ندفٌ غليظة قد تمرُّ في الانابيب المعتدلة القطر من دون ان تسدُّها او كتلٌ قد يبلغ حجمها حجم البيضة . وهي تكون مناشئ تعفُّنات عندما ينفذ الهواء في التجويف البلّوري

٢ً الاغشية الكاذبة . ان الاغشية الكاذبة التي تجلل في ذات الجنب الصديدية الحادة كل السطح الذي استولى عليهِ الصديد تشفُّ عن ثخن مختلف . فقد تلتحم في العموم التحاماً خفيفاً بالغشاء المصلي الكائن تحتها فيظهر اذا ما انفصلت عنهُ متلوناً لوناً اشدَّ تورُّداً بقليل مما يكون في الحالة الصحية . اما سطح الغشاء المصلي فيخشن قليلاً وقد يكاد يخشن في بعض الحوادث . اما اذا كان ذات الجنب الصديدية مزمنة فتمسي الاغشية الكاذبة تُثقل وقد تحول ليفية فيبلغ ثخنها من ٦ الى ٨ مليمترات وتلتحم التحاماً أشدَّ بالغشاء المصلي فيتعذَّر انقلاعها عنهُ في بعض الاوقات . وقد تكون أثخن في العموم على الصفحية الضلعية مما تكون على الحشويَّة ويكون سطحها متعرجاً غير متسق أزرق اللون كالصديد الذي يغشيهِ . وقد تكون في الغالب خشنة ووردية اللون منظرها منظر الازرار اللحمية

وقد تشفّ هذه الاغشيــة الكاذبة عن ثلاثة مرا كز متمايزة الموقع والاهمية . فقد تشغل ذات الجنب الصــديدية كل التجويف البلَوري وقد تنحصر في جزء منهُ وقد تحتلُّ ايضاً بينونات الفصوص فقط

٣ً الرئة . قد يصيب الرئة من الاحوال المختلفة ما يجانسها في ذوات الجنب العاديّة فتنــدفع الرئة في العموم الى فوق وتنبسط على الحجــاب المنصف . وقد تكون في جزئها الاسفل أصلب ممــا تكون في الاعلى وقد تنطبق في بعض الاوقات على العمود الفقري وقد تنضم ايضاً الى مقــدم الصدر والحجاب المنصف . فاذا ما كان الارتشاح غزيراً جداً يجمد النسيج الرئوي ولم يعد ينفذه الهواء احياناً . وقد ينفذه في بعض الاوقات ولا يزال . فرقعاً في جزء من قمّته

وقــد يفسد النسيج الرئوي في العموم فساداً خصوصيــاً . لانهُ اذا التهب الغشاء المجلل لهُ عقبهُ التهاب النسيجين الخلوي الذي تحتهُ والخلوي الفُصيصي البيني . انما هذا الالتهاب الذي استافت الفكر اليهِ الدكتوران برُوّرديل وپولن هو الذي يوجب تجمُّد النسيج الخلوي وانقباضه على شكل النسيج النــدبي ومن ثمّ عدم قابليته للامتداد . وهذا مما يعرب في بعض الاوقات عن انقباض الجدران الصدريّة وتضيُّق الصدر ايضاً

من النادر ان تكون ذات الجنب عامة فقد تكون غالباً منحصرة في نقطة من التجويف البلَوري يحدُّها التحــامات . وقد استمرُّوا زماناً مديداً ذاهبين الى ان ذوات الجنب الفصية البينية انما هي خراجات رئويّة

٤ً ثقب الرئة . قد تنثقب الرئة في اكثر الاوقات انما فسحات الناسور الذي يلي الثقب مختلفة . فاذا ما عقب الثقب تمزّق كهف كان كناية عن فوهة بسيطة تشترك التجويف البلَوري في كهف يكون غالباً صغيراً . فالفوهة في العموم هي معتدلة الكبر وقد تكون صغيرة جدًا بحيث تحجبها اغشية كاذبةٌ فيتعذَّر الوقوف عليها بالنظر وحده . وقد يكون ايضاً تاقماء الثقب نوع من الدُرَين تأتى ّ يمكن من الوقوف على الفوهة . وعندما لا يكون الكهف سطحيًا صرفًا قد يكون للناسور طولٌ يبلغ جملة اجزاء من ألف من المتر . فاذا حصل الثقب من الغشاء الى الرئة كان اتجاه الناسور . وافي الطول في العموم وضيقًا جدًا . وقد يكون متسعاً اتساعاً كافياً لاستفراغ الصديد سريعاً . وقد يشترك المجرى الناسوري المعوَّج بين القليل والكثير والمحيط بهِ نسيج رئوي متجمد في شعبة معتدلة القطر ويغشيهِ غشاء يشبه الغشاء المخاطي الشعبي . فاذا ما تعذَّر وجود فوهة الناسور بالنظر فقط شوهد غالباً عند غمز الرئة قليلًا فقاعة هوائية قد تكونت تلقاء هذه الفوهة او خرج منها نقطة صديديّة

ان الغشاء الكاذب يشف عن اختلاف في ترتيبهِ تلقاء فوهة الناسور . فاذا ما حدث الثقب عن استطراق كهف الى الغشاء المصلي الصدري فقد يكون هذا الغشاء قد تمزّق فقط من دون فقد مادة فتتدانى أحفتهُ وينطبق بنوع ما بعضها على بعض . اما اذا تأتى الناسور من الخارج الى الداخل فتكون فوهتهُ في بعض الاحيان قمعية الشكل . وقد يتفق ان

ينتفي الهواء من الفضاء الصدري على رغم وجود الناصور اذ قد تسد فوهتهُ اغشية كاذبة على شكل صمامة

٥ الجدران الصدريَّة · قد يحدث ان تبقى هذه الجدُر منزهة عن كل آفة او يعتريها خراجة غائرة وتتسوَّس الاضلاع احياناً . وقد يتفق ان يستطرق الارتشاح الى خارج ما بين ضلعين فينتأ نتوءا على شكل خراجات قد تنفتح من تلقاء نفسها فتأتي بمجرى يسيل منهُ كمية من الصديد وافرة اعظم مما يوهم بهِ حجمها ويبقى بعدها المجرى الناصوري . وقد يتعرَّى ضلع او ضلعان من سمحاقهما ويتسوَّسان · وقد يكون الناسور في العموم ضيقاً ومتعرجاً في اغلب الاوقات بحيث لا يدع الهواء الخارجي يدخل اليهِ · ومن النادر ان تتسع الفوهة التي تكون قد تضيقت على فسحة كبيرة فيشاهد حينئذٍ التجويف البلّوري منفتحاً

٢٣٦ الاعراض · الاعراض الطبيعية هي نفس اعراض ذوات الجنب العادية فلا حاجة الى الاعادة . غير ان الكلام الصدري الابحّ هو أندر في ذات الجنب الصديدي مما يكون في ذات الجنب الليفيني

اما الاعراض العامة فتختلف غالباً عن الاعراض التي تكون في ذات الجنب البسيطة · وعليهِ فانَّا نميز ذوات الجنب الصديدية الحادة عن ذوات الجنب الصديدية المزمنة

١ ذات الجنب الصديدية الحادة · تبدأ في العموم بدء ذات الجنب العادي لكن بدلاً من ان تتناقص الحمّى وتزول عقب بضعة ايام فانها

يثبت و يزداد الارتشاح . واذا ما بطّ الصدر في اليوم الثامن او العاشر يخرج منهُ سائل عكر لونهُ لبني شديد يحوي مقدارًا عظيماً من الكريات الصديدية. فان لم يتدارك سير المرض باستفراغ السائل تكرَّرت القشعريرات غير متسقة ودامت الحمّى وبقي الجلد جافًا وسخنًا وقهم العليل فلا يلبث ان يكمدَّ ويصير لونه ترابياً . وقد ينقلب اللسان بعد ايام احمر وغالباً كأنهُ مشقق واحياناً أملس كأنهُ معرًى من بشرته الخاطية . فيأخذ العليل يعرق ليلًا وحينئذٍ تبدو الأوزيما في الجدُر المصابة . ثم تصيب الأوزيما العضوين الاسفلين واخيرًا يفد الموت احياناً مسرعاً فيختطف المبتلي بين ٤ او ٥ اسابيع . ذلك اذا لم يستطرق الصديد الى الخارج اما لناسور بلوري جلدي واما لناسور بلوري شعبي

ب ذات الجنب الصديديّة المزمنة . تبتدي غالباً ابتداء ذات الجنب الحادة الالتهابية صرفًا انما تهبط الحمّى بعد ايام من دون ان تغيب تماماً وقد يتفق ان تنقطع الحمّى تمامًا في اثناء النهار . انما تتكرَّر مساء وتزداد فيصحبها في بعض الاحيان قشعريرات صغيرة . وقد تتجمَّع غالباً كمية وافرة من الصديد في الغشاء المصلي ولا تثير ادنى قشعريرة . وقد يزداد الارتشاح في هذا الوقت لكنَّ ازدياده يكون في الغالب بطيئاً ويظهر انهُ لا يزال واقفاً ثابتاً مدة زمن طويل جدًا . وليس من النادر ان تستمرَّ هذه الحالة جملة اشهر فيكمدّ اذ ذاك المرضى وينحفون وينحطون الاَّ انهم لا يزالون ينهضون ويتمشون قليلًا . ثم تخور القوى قليلًا ويقهم العليل ويصفرّ شيئاً فشيئاً

ويحول لون شفتيهِ . وقد يعتري العليل من وقت الى آخر اسهال خفيف واحياناً أوزيما في الجدر الصدرية وفي الاطراف . وقد يتفق ان نعمّ الأوزيما الجسم كلهُ من دون ان يصحبها بول زلالي . ثم يؤول الامر بالعليل الى آخر درجة من الخمود والسبات يصحبها عرقٌ غزير واستطلاق بطنٍ مستعصٍ وختم اللهمّ الّا ان يستطرق الصديد الى الجدار الضلعي او الى احدى الشعب

١ً استطراق الصديد الى الجدار الصدري . قد يستطرق الصديد الى الخارج مهما كان الامر من ذات الجنب الصديدية سواء كانت حادة او مزمنة . فيشكو المصاب حينئذٍ ألماً في نقطة محدودة من الصدر واحياناً في جملة نقط معاً . فاذا ما استقصيت استقصاء مدققاً وجسست صدر العليل وقفت على ان في النقطة المؤلمة التي ترتكز دائماً بين الاضلاع واحياناً على مساواة وربين جزءا ناتئاً قليلًا وهو أشدّ مقاومة مما يكون في الاجزاء المجاورة لهُ . ثم بعد ايام واحياناً بعد اسابيع تزداد فسحة النقطة ذات المقاومة وتصير أنتأ وقد تمتدّ احياناً على اتجاه الورب . وقد يمرّ هذا الورم من فوق احد الاضلاع ويأخذ شكلًا مستديراً فيشغل ورببع والضلع الفاصل بينهما . وهذا الورم مهما كان الامر من شكله لا يتغير لون الجلد لاجله . وهو مرن متموج يُضغط . واذا ما غمزتهُ غمزًا لطيفًا ومتواصلًا فتتمكن من إزالتهِ بما يقرب الى التام . وقد يتوتّر توتّرًا بيناً اما للسعال واما لعناء شديد في الزفير . فاذا ما غيّبتهُ بالضغط ظهر حالما ينقطع الضغط عنهُ

وقد يدوم هذا الورم زمناً مديدًا من دون ان يطرأ عليـهِ تغير عظيم.
لكن عندما تبين قتهُ بزيادة او ينتأُ رأسهُ يشاهد ان الجـلد يرقّ للوقت ويصير بنفسجي اللون فيشعر المشاهد ان السائل قد صار اقرب الى الاصبع . وقد يتفق في العموم ان يتخرّق الجلد لعناء في السعال او حركة فجائيـة ولو قليلة فيخرج كمّية كبيرة من الصديد لا نسبـة لها مع حجم الورم . وبعـد استفراغ المدة يتكوّن ناسورٌ بلَوري جلدي. وقد يستطرق السائل الى الخارج بمنافذ عديدة فيتكوّن والحـالة هذه جملة اورام بحيث اذا انفجرت الواحدة منها فتحت سبيلًا للصديد فتنخفض الاورام الأُخرى . فان لم يكن المنفـذ في الجزء الاكثر هبوطاً ولم يكن في وسع الصـديد ان يسيـل من غير عائق فيستطرق ورم ثانٍ وثالث كل في دوره . ومن النادر ان يكون غير واحد مرتكزًا في مقدم الصدر في جهة الورب الخامس

وقد لا يكون للصديد الذي يسيل رائحـة وقد يكون شديد النتن لاسيما اذا تكوّن ناسور بلَوري شعبي فاذا ما تقرر الناسور وكان اتجاهه منحرفًا كان لابدّ من امرين اما ان يتعذّر نفوذ الهواء في الصـدر وقت الشهيق او لم يتعذر . فان كان الاول سال الصديد شيئـاً فشيئاً من دون رائحة كريهة لان الغشاء الصـدري المصلي لا يحوى هواء فيتضيق التجويف قليلًا قليلًا ويميل العليل الى الشفاء . وان كان الثاني فيثير الهواء النـافذ الصدر تعفناً يكون متزايدًا بالنسبة الى ما يلاقيهِ الصـديد من الصعوبة في خروجه واستمرارهِ زماناً أطول في التجويف وادخال الهواء كمّيةً وقُوَى

حينما يستطرق الصديد الى الخارج يستريح العليل في الحال راحة بيّنة فيتحسن نفَسه وتنقص الحمّى ويغيب العرق وتعود شهوة الاكل . اما اذا انسدّ مجرى الناسور فيبطل هذا التحسُّن الى ان يسهل ثانيةً سيلان الصديد . وهذه المناوبة قد تكون متواترة الحدوث

وقد تنخفض الجهة المقابلة لهذه النواسير بعد ايام ويُبدي القرع تناقصاً في الصمم لاسيما في الاجزاء العليا . وقد يمتدّ التنفُّس الى الاجزاء التي كان فيها مفقوداً

عندما يدخل الهواء الى الصدر ويخلف الصديد يُسمع الصوت لدى القرع طبلياً بين الكثير والقليل على ارتفاع من الصدر ويكون الصمم في الجهة السفلى مختلفاً علوُّه بمقتضى كمية السائل الباقية . ويُسمع احياناً لغط نفخي جرّي . اما الالغاط التنفسية فتكون غالباً مفقودة خلافاً لما يحدث في النواسير البلَورية الشعبية . وقد يُبدي الرجّ الصدري البقراطي لغطاً موجياً قد يحتجب اذا ما بقيت كمية السائل قليلة

٢ً استطراق الصديد والوساطة ناسور بلوري شعبي . قد يتمّ التقرُّح في ذات الجنب على اسرع طرز وأوفى عمل . فقد شوهد انعقاد الاشتراك في آخر الشهر الاول وقد يكون بطيئاً فيحدث في نهاية الشهر الثالث . ومهما كان الامر من ذات الجنب سواء كانت حادة او مزمنة فان الاعراض لا تختلف اصلاً . لكن لابدَّ من التميز بمقتضي كون الداء محدوداً او عاماً

١ً ذات الجنب العامة . قد يتفق ان يستطرق الصديد الى الشجرة الهوائية في اثناء نوبة سعاليــة فينفث العليل والزمان وجيز والفم مــلآن مقدارًا صديديًا بين القليل والكثير يختلف بين بعض جرامات وليتر وزيادة ذلك بمقتضى اتساع الناسور . اما انجار الصديد في الشعب فيصحبهُ دائمًا عَلَزٌ قليــل الشدة او كثيرها بحسب الكمية المندفعة وقد يكون نوبة خناقية صرفًا . فان الصــديد ينصب الى مؤخر الحلق غزيرًا فيهيج فيــهِ التهوُّع ولهذا سمّوه بالقيء الرئوي . وقد تكون كمية السائل عظيمــة جدًا بحيث تفعم الشعب وتؤدي الى موت المصاب مخنوقًا . ثم بعد الاستفراغ الاولي والفجائي الذي بهِ يدفع المبتلى كمية غزيرة يبقى النفث متواصلًا الَّا انهُ يكون متقطعًا في العموم . قد تنقضي ساعات ولا ينفث المصاب ثم يسعل بغتةً ويتفل في هنيهــةٍ نصف قدح من الصديد . وقد يجرّ احيــانًا هذا النفثَ تغييرُ مجلسه فقط . وقد يقف النفث اياماً يعد في آخرها قيئًا رئويا وهلمّ جرًّا . ولا يخفى ان الاعراض تختلف بمقتضى دخول الهواء في الغشاء المصلي الصدري او انتفائه منهُ

١ . ان لم ينفذ الهواء الغشاء المصلي تنخفض الجهة المصابة قليــلًا قليلًا . وقد يتناقص الصمَم ويسمع في نقطة مقابلة للناسور خراخر غايظــة واحيانًا لغط قراقري متأتٍ عمّا يحويه من الصديد الناسور والشعب المجاورة له . وقد لا يكون النفث كريه الرائحة وقد يكون خنزًا جدًّا عنــدما يستقرّ الصديد في الشعب .

٢ هذا الخثر يشتدّ لاسيما اذا قذ الهواء الغشاء المصلي الصدري فلا يعود ينخفض الصدر وقد يزداد تحدبهُ فيتعاظم ضيق النفس ويلجئ الى استفراغ الصديد والغاز . انما ذلك يحدث اذا ما كان الغشاء الكاذب على شكل صمام يدع الهواء يدخل ويمانعه عن الخروج. فينخفض الحجاب الحاجز حينئذٍ بحيث يتقوّس سطحهُ الاعلى وقد يتفق ان يصير سطح السائل أوطأ من مساواة الناسور لضغط الهواء على الحجاب الحاجز . اما في العموم فيتزايد الرنين في الإطار الذي يشغلهُ الهواء الّا انهُ يختلف في الناحية السفلى إطــار الصمم في ارتفاعهِ بمقتضى كمية السائل المرتشح . وقد يسمع ايضاً في بعض الحوادث فوق الارتشاح السائل لغط نفخي جرّي مختلف الشدة يصحبهُ كلام صدري . وقد تُدرك احياناً الصلصلة المعدنية التي هي من الاعراض الطارئة وقد تغيب وتعود وليس لها قرار . وقد يسمع القارع ايضاً في بعض الاوقات لغطاً نحاسيا. وقد يكون في الغالب الرجّ البقراطي الدليل الوحيد والمميز للاستهواء الصدري الصديدي فيسوغ لسائر الاعراض ان تزول

ب اذا ما كانت ذات الجنب محدودة تشابهت الاعراض قليلاً بما تقدّم ذكره آنفاً. لكن ذوات الجنب التي ترتكز في السطح العلوي للحجاب الحاجز يكون لها هيئة ممتازة ولهذا فانّا نفرد لها مبحثاً

فهذه هي اعراض ذات الجنب الصديدي العادي الذي قد يكون قائلاً وقت لا يجد السائل منفذاً يتحول اليهِ. فاذا ما اندفع السائل بتوسط الشعب

او الجدران الصدريّة يحصل الشفاء لاسيما في ذوات الجنب المحدودة بشرط ان لا يشترك الهواء في الارتشاح · فاذا تمّ الاشتراك فيوقع الموت في الغالب لفساد المفرَز وامتصاص الأركان العفنة · وقد يتأتى الموت ايضاً اما عن التهاب الصفاق البطني الشديد الحدّة الذي ينشأ عن ثقب الحجاب الحاجز او عن التهاب صفاقي بسيط يحدث عن امتداد الآفة اليهِ

هذه هي ذات الجنب الصديديّة العاديّة انما يوجد ايضاً اشكال أُخرى نذكرها على التوالي

الاشكال النادرة · ١ً الشكل المدفون والمحمود · هذا الشكل يكون مدفوناً ولا يستبين طبيعة الارتشاح سوى البطّ فقط وهو محمود لان اكثر الحوادث تنتهي بالبرء · وقد يميزه بالنظر الى المشاهدة كل من غيبوبة القشعريرة والحمَّى وبقاء القوى وشهوة الاكل والنوم والسِمَن وما يطرأ على الوظائف من الاضطرابات الخفيفة الشدة وسير الآفة الكلي البطء ومدتها التي تكاد لاتنتهي وانتهاؤها الذي يكون في الغالب بالشفاء وصفات الارتشاح · فاذًا ما بطِّيت الصدر خرج سائل صديدي قد يفسد فساداً نوعيًا في الحوادث التي تطول مدتها انما هذا الفساد يكون منحصرًا في حؤول حُبيبي دهني يعتري الكريات البيضاء التي تنتهي بان تتحلّب وتزول · هذا والصديد لايحوي أركان الإصداد لانهُ اذا ما زُرع في سائل خصوصي لايتولد عنهُ جُسيمات تُرى بالمنظار المعظم · فلا يخفى ما في التشخيص من الصعوبة اذ لايمكن الوصول اليهِ الّا بالبطّ الصدري وتفقُّد السائل بالمجهر

واستقصاء الاعراض التي تقدم ذكرها آنفًا

يحصر العلاج في استعمال البطّ الصدري معما يقتضيه من الاحتراس والاعتناء ذلك في الارتشاح الغزير والمزمن . فيكون البطّ عملًا اضطراريًّا وكافيًا لان يجرّ البرء في بعض الحوادث

٢ ذوات الجنب العفنية . قد وقفوا منذ زمنٍ على بعض امراض لا نسبة بين ثقل ظاهراتها العامة وسلامة ارتكازها الموضعي . وهي علل تمتاز بغزارة ما يتكوَّن فيها من الراجبيَّات فتسمّى بالامراض الوبيلية او العفنية . انما ذات الجنب العفنيــة تكون دائمًا صديدية ويكون الارتشاح فيها وافرًا وفي وسع اعراضها العامة ان تثقل ثقلًا عظيمًا . فتكون الحمّى شديدة والحرارة مرتفعــة ويجفُّ اللسان ويحمرّ ويظمأُ العليــل ويقهم في غالب الاوقات ويعتريه صداع ويستسقي بطنهُ استسقاء طبليا . ثم يأخذ يهذي فيموت بعد زمن قصير بالنسبة الى غيره وبعد ان يُبدي اعراضًا عامة تختص بالامراض التيفوديَّة

٣ ذات الجنب النابض او تجمُّع المِدة في الفضاء الصدري . قد كان الدكتور كُمبي اول من وصف هذه العلة سنة ١٨٨٢ . وهي تمتاز بالنظر الى المشاهدة بعلامات الارتشاح يصحبهــا نبضان بيّن في الاوراب التي تقــابل زاوية الاضلاع يكون مطابقًا لنبضان القلب . الّا انهُ قد ظنّ ان هذا النبضــان يتأتى عن تجمُّد الرئة حذاء التامور وتصلُّب رئوي مشــترك في ذات جنب صديدية وعليهِ فتكون الآفة قتَّالة لا محــالة . وقد اوقف الدكتور فلوران

سنه ١٨٨٥ الندوة الطبية على مشاهدة مورداً فيها شفاء مريضٍ عقب هذه الآفة . وهذا مما يدلّ على ان هذه الآفة لا يصحبها تصلُّب رئوي ولا يكون انذارها سيئاً يؤدي الى الهلاك

٢٣٧ في التشخيص . ان مجموع الاعراض العامة كالحمّى والحالة الثقيلة مما يمكن احياناً من فصل ذات الجنب الصديدي عن ذات الجنب البسيط . لكن اذا ظهرت الاوزيما على الجدران الصدريّة كان لا سبيل الى الشك فيها

الاستسقاء الصدري يفارق ما نتصدّى له بغيبوبة الحمّى ووجود المرض المولّد للآفة كداء برَيت والعلل القلبية .

قد تستصحب الخراجة الكبدية اعراضاً تشتبه باعراض ذات الجنب الصديدي . فاذا ما ارتكزت على سطح الكبد المحدّب ودفعت الحجاب الحاجز الى ما فوق بحيث تُحدث صمماً في الصدر وانقطاعاً في اللغط التنفسي على فسحة تكون احياناً وسيعة أمسى التشخيص في الغالب صعباً جدًّا . لكن ارتفاع الاضلاع في الخراجات وانخفاضها في ذوات الجنب هما من الادلة الجيدة التي لا بُدَّ من الاستعانة بها في الحوادث التي تجعل الطبيب متردداً في التشخيص

قد يمكن خلط أُوزيما الجدران الصدريّة في ذوات الجنب بالتهاب هذه الجدُر نفسها انما الاستماع يزيح كل اشكال وريب

اما ذات الجنب النابض فتميزها العلامات الاستماعية والحمّى وتمانع

خلطها اما بانورسما اورطيّة واما باحد الاورام السرطانية المحمية النبضانيـة التي تصيب الحجاب المنصف او الاضلاع

٢٣٨ العلاج . ان البطّ الصدري مقروناً بالحقن اليودي لا يأتي الّا بنتائج وهمية . فلا بدّ والحالة هذه من قطع الغشاء المصلي الصدري . وهذا القطع يكون من باب الضرورة: ١ً اذا ما نتأ الصديد تحت الجلد . ٢ً اذا ما اثار البطّ المتكرّر التهاباً . ٣ً عندما يكون الصديد شديد الثخن فيسيل رديئاً من الانبوبة . ٤ً حينما يصير الصديد ختزاً ٥ً اذا ما ثقلت الحالة العامة . ٦ً اذا ما تكوّن ناسور بلوري شعبي مع استهواء صدري . اما في ما بقي من الحوادث فيكون البطّ مفيداً لا اضطرارياً . اما انا فلما اتمكّن من الوقوف على حقيقة التشخيص والتحقق وجود الصديد بتوسط البزل الشعري اباشر في البطّ من غير ابطاء . فكلما طال الزمن قبض التصلّب الرئوي قشرة الرئة ومانعها عن تماس الاضلاع وقت ما ينتهي استفراغ السائل

لا يخفى ان قطع الغشاء المصلي الصدري او البطّ الصدري انما يقتضي كل ما يلزم لمضادة التعفن . فلا بدّ حينئذٍ من وضع انبوبتين غليظتين من الصمغ المرِن في الورب المقطوع يمكّنان من غسل التجويف الصدري ورحضهِ حسب العادة اما بمحلول فينيكي بمعدل ١٫٠٠ ٪ او بمحلول من السليماني الأكّال بمعدل ٢٫٠٠٠ ٪ . فاذا ما أخِر هذا العمل طويلًا امست الرئة عاجزة عن الرجوع الى محلها وبقي خلاء ثابت بين الجدران الضلعية والرئتين . فاذا ما ارادوا ان

يملأُوه كان لا بدَّ من عمليــة إِسْلَنْدير وهي تتوقَّف علي استئصال جملة اضلاع معاونة لجذُر الصدريَّة على الانضمام الى الرئة . هذا ومن اللازم تقوية العليل في مدة المرض بالاستحضارات المقوّية العاديَّة كالكحكينية والكنياكية والفُسفاتية وما اشبهها

المبحث الثالث

في ذات الجنب الحجابية

ان هذه العلة انما هي التهاب يعتري القسم الغشــائي المصلي الذي يغشي السطح العلوي للحجاب الحاجز . فقد يتفق ان ينحصر الالتهــاب في هذا القسم لِما يحفُّ بهِ من الالتحامات التي تندمج في دائرة قاعدة الرئة . وقد يحدث ايضاً ان يبدأ الالتهاب في هذه الناحية وان لا يزال مرتكزاً فيها زماناً ثم يمتدّ اخيراً مستولياً على ما بقي من الفضاء الصدري . وقد يبدأ الداء في الغشاء المصليّ الضلعيّ الرئويّ ولا ينحصر في الناحية الحجابيــة الّا فيما بعدُ .

وانّا نقتصر على ذكر ذوات الجنب التي تدور تلقاء الحجاب الحــاجز من دون أن يبلغنَ النقط الأُخرى من الغشاء المصلي

٢٣٩ الاسباب . ليس لاسباب هذه العلة ما يميزها عن اسباب ذات الجنب العاديّ . فراجع ما اوردناه في ذات الجنب البسيط . وحسبُنا أن نذكر الالتهابات التقيحية الكبدية والمحيطة بالكلوة فانها من الاسباب

المتواترة التي توقع العلة التي تتصدّى لها

٢٤٠ التشريح المرضي . ليس في التشريح ايضاً ما يكون خاصاً بهِ . فعندما يكون الارتشاح غزيراً ولو قليلًا يدفع النسيج الرئوي بشدة قويّة فيبين كأنهُ مأكولٌ . لكن اذا ما استفرغتَ السائل وقلعتَ الغشاء الكاذبَ الذي يغشي البؤرة ألفيت ان الرئة مندفعة فقط وان الغشاء المجلل لها منزه عن كل آفة . وقد يملأُ في الغالب الارتشاح كل الإطار الذي تحدهُ أحفة الرئة وقد لا يشغل الاَّ جزءا منهُ . وقد يحدث ثقب في بعض الاوقات فيشرك الجوف العلوي في الجوف السفلي . اما احفَّة ثقب الرئة فتكون في العموم مجللة باغشية كاذبة

تكون ذات الجنب الحجابية اما جافة او مصلية ليفينية او صديديّة

٢٤١ الاعراض . قد تبدأُ في اكثر الاوقات بدءا فجائياً حاداً يمتاز بنافض فتثور الحمى ويصحبها صداع في الناحية الحجاجية الفوقانية

من اظهر الاعراض التي تشترك تقريباً في جميع الالتهابات الباطنية انما هو ألم حاد وواخز يشغل المراق ويلمع الى الناحية الشراسيفية . وقد يبلغ الخاصرة المقابلة متتبعاً حافة الاضلاع او محيط الاضلاع الاخيرة وقد يزداد سريعاً فيشعر بهِ في الشهيق . وقد يصحبهُ ايضاً فواق وغثيان وتقيُّئات من شأنها ان تزيده زيادة لا تطاق . فان الاجزاء المتألمة لا تتحمَّل أخفَّ الضغط لكن يوجد نقطة تبين انها بؤرة للإحساس . ووقعها على

قيراط او قيراطين من الخط الابيض على مساواة الضلع العاشر تقريباً عند انقطاع الخطين اللذين يكون احدهما تكملة لحافة القص والآخر يتبع اتجـاه الجزء العظمي من الضلع العاشر . فاذا ما مسّ الاصبع هذه النقطة صرخ المبتلى وقد يكون التنفس في بعض المرضى لاهثاً ومسرعاً بحيث ينذر بخناق متدانٍ . وقد تبدو هذه الحوادث فجأةً اذ لا يكون ألم فجـائي . وقد يتعاظم الاحساس تعاظماً معتبراً تحت وفوق النقطة المشار اليها آنفاً والتي يسمّيها كينو دي موسّي بالزرّ الحجابي الّا انهُ يكون أخفّ مما هو فيها

اذا ما غمزت في مؤخر الاوراب الاخيرة قرب السلسـلة الفقريّة فسحة صغيرة شعر العليل بألم عظيم كما ان الألم عينهُ يثور ايضاً في جدران الصدر السفلية عند ضغطها . واذا ما دفعت الناحية المراقيّة من اسفل الى أعلى احدثت في العموم فيها ألماً حاداً

وقد يكون التأثير حاداً ما بين اندغامات السفلى للقصيـة الترقويّة الحلمية على اتجاه العصبة الحجابية . ولا ننكر ان الضغط ولو قليـلاً على هذه الناحية يُبدي ألماً بين القليل والكثير في الحالة الصحيـة انمـا يكون الاحساس في الحالة المرضية اقوى مما يكون عادةً . وقد يشكو بعض المرضى نبضاناً او تمططاً يصدر من قاعدة الصدر فيمتدّ الى القصَرة

وقد يحدث ايضاً آلام في الناحية الترقويّة الفوقية فانها تثور فجأةً وتكون احياناً وافية الحدة بحيث يتشكى المريض من جراها ومع ذلك فقد لا يشير اليها الّا عندما يُسأل عمّا يشعر بهِ . وقد يختلف مركزها بمقتضى الشخص

فتنبث تارةً في عَصَ الكتف وأُخرى تتبع الحافة الوحشية للعضلة المنخرقة . وقد تشغل هذه الآلام المنعكسة بعض ٠١ للضفيرة العنقية من الشعاب المختلفة

وقد يرتكز الالم في الفوهة التي ينفذها المريء من الحجاب الحاجز فيحسّ به العليل عند مرور اللقمة الغذائية . وقد وقفوا في بعض الحوادث على ألم جانبي في المراق قد يمتدّ حتى الخواصر والناحية الحرقفية ويشترك في ثقب الحجاب الحاجز او في انتشار التهاب صفاقي محدود

يكتسب العليل مما يقاسيهِ من هذه الاوجاع منظرًا قلِقًا واحيانًا عبوسًا وقد يتحرك حركات اختلاجية عندما يثقل الداء ثقلًا عظيمًا .

يكون النفث شديد التواتر والقصر لاهثًا كأنهُ اختلاجي قلِقًا مسرعًا والبهر متعاظمًا . وقد اثبت الدكتور أندرال ان النفَس يكون ضلعيًّا صرفًا . اما الدكتور ستكس فبخلافه فيزعم ان الحجاب الحاجز لا يتشنج الّا عندما ينقلب الارتشاح صديديًّا . واما كينو دي موسّي فيثبت ان تشنج الحجاب الحاجز انما يحدث عن غزارة الانصباب لا الإصداد . فان لم تنقبض هذه العضلة الّا من جهة واحدة أمست الاضلاع الاخيرة لهذه الجهة ثابتة لا تتحرك وكان العمل في الاتساع الصدري موكولًا الى الاضلاع العليا والجهة المقابلة السليمة . وقد يُشاهد في بعض المرضى الجزء العلوي البطني للجهة المصابة ثابتًا فيبين كأنهُ ينسحب نحوها عند كل شهيق

فينتج عن هذه الاضطرابات التنفسية ان المريض يمسي عاجزًا عن

الاستلقاء على القفا او الناحية المصابة فيجلس منحنياً الى قدام ويده على الجهة المصابة كأنهُ يستوقفها عن كل حراك. وسعالهُ متواتر وجافٌ ونفثه قليل الغزارة ومخاطيٌ

ان الاستقصاء يؤدي بنا الى الوقوف على ما يأتي من العلامات

١ً النظر . قد يشير في الانصبابات وان قليلة الغزارة الى اتساع صدري يكون ظاهراً في الغالب من الجهة المصابة والى انخفاض بيّن في الضلع الثاني عشر

٢ً القرع . قد لايدلُّ على شيء . وقد يشفُّ القرع الغائر في اغلب الاوقات تلقاء الميزاب الضلعي الحجابي عن نقصان خفيف في الرنين. وقد يكون ما فوقهُ في الغالب صوت طبلي ينحصر في إطار قليلة او كثيرة فسحته . اما الصمم الكبدي فيتناقص تناقصاً عظيماً

٣ً الاستماع . يبدو اللغط التنفسي في الناحية المريضة اقلَّ اتساعاً وقوةً وغوراً واحياناً احدَّ قليلاً مما هو في الجهة السايمة . وقد يسمع ايضاً بعض خراخر فرقعية دونية في نواحي الرئة السفلى . اما السعال والصوت فيكون غالباً نوعهما تلقاء الارتشاح اشدَّ ارتفاعاً ومن النادر جداً ان يقف المستمع على الصوت المعزيّ

يرافق الاعراض الوظيفية والطبيعية حالة عامة ثقيلة فيسرع النبض في الغالب ويتركز ويحدث فواق وغثيان وتقيُّئات يظهرنَ في اغلب الاوقات من البدء وقد يُصاب المريض باليرقان. اما اضطرابات الوظائف الهضمية

فتختلف على اختلاف شدَّة الحمّى وثقل العلة

اما في الحوادث السيئة فيفد الهذيان في الايام الاخيرة . وقد يضحك العليل ضحكاً سردونياً فتضطرب حينئذٍ سحنتهُ شيئاً فشيئاً وتخور قواه وينقطع صوته ويضيق نفَسهُ ضيقاً عظيماً ويعتريه الفواق فيلي الهذيان السبات والخمود ويكونان من سوابق الأَجل

٢٤٢ السير والمدة والانتهاء . قد تتخذ العلة في العموم مدة ايام سيرًا متزايدًا ثم تأخذ في التناقص اذا ما آلت الى انتهاء محمود . فان لم يكن الامر كذلك ازدادت ازديادًا يومياً عند المساء منذرة بإصداد الارتشاح فيمسي المصاب قلِقاً آرقاً لايجد راحة . وقد ينتاب الآفة التي تتصدّى لها فترات وقتية فيها يتناقص الألم وضيق النفَس ويغيب جزء كبير منهما فيتمكّن العليل من الاستلقاء الافقي . ثم تعود الاعراض الهائلة فتختطف صاحبها على الصورة التي تقدم ذكرها آنفا . اما مدة هذه العلة فتتردد بين ثمانية ايام وخمسة اسابيع

٢٤٣ التشخيص . قد يتفق في بعض الامراض ان تتأثر بعض النقط الشراسيفية الّا ان الضغط لا يثير فيها بهرًا على حدّ ما يكون في ذات الجنب الحجابية . اما كل من الآلام المنعكسة الترقوية التحتية والاحساس في اتجاه العصبة الحجابية فقد يُشعر بهِ كل مرة تكوّنت بؤرة التهابية في جوار هذه العصبة . وقد تصحب هذه الآلام التهابَ التامور وذاتَ الجنب العامة بيد ان الإحساس يكون حينئذٍ أخفّ مما هو في ما تتصدّى له

قد يختلف ما يشارك التهاب التامور من النقط الشراسيفية المؤلمة عما يكون مجانساً لهُ في ذات الجنب الحجابية بان الألم يكون أقلّ شدة والبهر أخفّ . ويستقر الالم في العموم أعلى في الفسحات الضلعية الغضروفيَّة

وقد يرافق بعض الآلام العصبية الوربية لاسيما التي تشترك في الألم المعدي بؤرات مؤلمة قدامية موقعها موقع ما يكون في ذات الجنب . انما يندر ان تكون منحصرة ومؤلمة على حدّ ما يكون في الداء الالتهابي

في التهاب الكبد تحدث الآلام نفسها في الحفرة الترقوّية التحتية او في الكتف ويتنأ الكبد نتوءا مجانساً . فان كلًّا من اندفاع الاضلاع وامكان وقوع اليرقان يكون مشابهاً لما يكون منهُ في ذات الجنب . لكن لا وجودَ للنقطة الشراسيفية ولا صعوبة في الاستلقاء الافقي ولا يكون البهر متساوي الحدَّة

قد يوقع التهاب الصفاق المحدود تقبُّباً في المراق ويجرُ ثباتاً في الحجاب الحاجز الَّا ان الاعراض المؤلمة تكون اقلّ ظهوراً

وقد يُثير حدار الحجاب الحاجز آلاماً تشبه ما يكون منها في ذات الجنب . انما غيبوبة الحمَّى تمكّن من تجنب الخطاء وعزو المرض الى علته

٢٤٤ الانذار . ان ذات الجنب هذه انما هي مرض ثقيل غير ان اشكالها الخفيفة قد يتسهل مآلها الى الشفاء

٢٤٥ العلاج . على المشاهد اولًا ان يخمّد الالم فقد يرتاح المصاب راحة عظيمة اذا ما حُقن حقناً جلديًا بالمرفين الذي من شأنه ايضاً ان يسكّن البهر سريعاً .

اما ما بقي من الوسائط التمريضية فتكون عين الوسائط التي تستعمل في ذات الجنب العاديّة ما خلا البطّ الصدري الذي لا يمكن اجراؤه بمعزل عن مس صفيحة من الرئة بين قليلة الغلظ وكثيرته

المبحث الرابع

في الاستسقاء الصدري

ان الاستسقاء الصدري هو عبارة عن ارتشاح مصلي في الفضاء الصدري . وهو يختلف عن ذات الجنب كما تختلف الأوزيما عن الفلغموني

٢٤٦ الاسباب . قد يحدث في اغلب الاوقات عن امراض قد أفسدت الدم وسهّلت الارتشاحات المصلية على شكل الأوزيما او الانصباب واخصها داء برّيت والانهزالات

وانّا نذكر في جانب هذه الاسباب الاشدّ تواترًا كل ما من شأنه ان يعوق الدورة الوريدية الرئويّة فيزيد الضغط في نفس هذه الدورة ويساوز من ثمّ على نفوذ المصلية في الغشاء المصلي المجلل للرئة

وقد يتأتى اجتماع المـاء هذا عن الآفات التاجيّـة واستهواء الرئة واورامها فانها لآفات موضعية شأنها ان توقع هذا الداء في اكثر الاحيان

وقد يرتشح المصل في الغشاء المجلل للرئة عند أواخر الامراض الثقيلة . وهذا ينتج عن التهاب عضلة القلب الذي كثيرًا ما يشاركها . ويكون الناتج

عنهُ رأساً التقصان في شدة نبضان القلب والاحتقانات الرئوية والانصبابات البلورية

٢٤٧ التشريح المرضي . عند فتح الرمة يشاهد الغشاء المصلي بخلاف ما يكون في ذات الجنب منزهاً عن كل داء لا ثخن فيهِ ولا احمرار ولا التحامات ولا اغشية كاذبة الّا انهُ يكون اشدّ كمدةً مما يكون في الحالة الصحية . وقد يتضاعف الارتشاح في اغلب الاحيان غير ان كميتهُ لا تكون متساوية في الجهتين فتختلف بين بعض ملاعق وجملة ليترات . ويكون مصفرّاً وليموني اللون تؤثّر فيهِ الحرارة والحمض النتريك فيتخثّر كتلاً ويكون مؤلفاً عن المصل الصرف . اما ما يُبديه من الضغط على الاعضاء المجاورة فيجانس ما سبق الكلام فيهِ في ذات الجنب

٢٤٨ الاعراض . ان اجتماع الماء في الصدر هو اشتراك ينبغي التفحص عنهُ ولا يتسنى ادراكهُ الّا بتكرار الاستماع المدقق كل يوم في مَن يكون مصاباً باحدى العلل التي من شأنها ان تحدث الاستسقاء . لان المريض لا يبدي ما يستلفت الفكر الى الغشاء المجلل للرئة . فلا حمّى ولا سعال ولا بهرٌ في الغالب مع ان العليل قد يكون على رغم ذلك مستودعاً لارتشاح يشفُّ عن جملة ليترات

ان الاعراض الطبيعية انما هي نفس اعراض ذات الجنب الحادة غير ان الصمت واللغط النفخي الشعبي القوي لأندر مماً يكونان في ذات الجنب الكثير الحدوث . واللغط المسموع يكون خفيفاً عذباً ومنجباً

٢٤٩ السير والمدة والانتهاء . قد يتوقف كل من السير والمدة والانتهاء على المرض الذي يكون قد سبب الآفة المتصدّون لها

٢٥٠ التشخيص . يكون في الغالب سهلًا لان ذات الجنب هي العلة الوحيدة التي يمكن خلطها بهِ وهي تمتاز عنهُ بما يصحبها من القشعريرة ونخس الخاصرة الابتدائيين ومن الحمّى وتضيق النفَس . لكن قد يقع الخطاء بينهُ وبين ذوات الجنب المدفونة والمزمنة الّا انهُ من النادر ان تكون هذه متضاعفة واننا لانقف في الحالة العامة على احدى العلل المولِدة للاستسقاء كما تقدم بيانهُ في الكلام عن اسباب ما نحن فيهِ

٢٥١ الانذار . يكون نفس انذار الداء الذي احدثه

٢٥٢ العلاج . ينبغي اولًا مقاومة العلة التي سببت اجتماع الماء في الصدر . فاذا ما كان العليل مصابًا بآفةٍ قلبية فصف لهُ كفّ الثعلب او القهوين . وان برَيتيًا فعليك بالحمية اللبنية . ثم لابدَّ من استعمال المدرّات للبول كبصل العنصل وروح ملح البارود الحلو وعرق النجيل ثم المسهلات القويّة كماء الحياة الالماني وصبغة الشاطلق والمحمودة وربّ الراوند والمصرفات . لكن على الطبيب ايضًا ان يتجنب وضع الذراريح اذا ما كان الاستسقاء الصدري مشتركًا في داء برَيت . فمن احسن المصرفات حينئذٍ زيت حبّ الملوك وصبغة اليود . لكن اذا ما اشتد البهر اشتدادًا عظيمًا بحيث يخشى وقوع الخناق فلا بدَّ حينئذٍ من البطّ الصدري

المبحث الخامس

في الاستهواء الصدري
والاستهواء الصدري المائي

ان الاستهواء الصدري هو داء يمتاز بالتئام غازات في الفضاء الصدري. فاذا ما أُضيف الى الغاز سائل كان استهواء صدريا مائيا. لكن لا يلبث الاستهواء الصدري ان يستجمّ المائية فيحول استهواءً صدريًا مائيًا. ولهذا فانّا نتعمّد وصف الاستهواء الصدري المائي

٢٥٣ الاسباب . ١ً الاستهواء الصدري البدني . من النادر حدوث هـذا الاستهواء من دون رضّ جرحي . ولا يلتمّ الغاز فجأةً في التجويف البوري من دون ارتشاح سائل . اما الاستهواء الصدري الناشئ عن تحلّل عفني يطرأ على الارتشاح السائل فمقرّر فيـهِ انما يكون وقوعه في النادر جدًا من الحوادث

الاستهواء هذا يحدث في اغلب الاوقـات عن تمزّق احد الاعضـاء المجاورة واخصها الرئة

ان اسبـاب هذه العلة الاشدّ تواترًا انمـا هي : استطراق احدى الآفات الرئويّة الى تجويف الغشاء المصلي المجلل لها كالادران والكهوف الرئويّة والبؤرات الغنغرينية والنفثية الدمويّة . وخراجات الرئة وتمزّق بعض فُصيصاتهـا المستهوية والكائنة تحت الغشاء المصلي المجلل لها . وقس عليهِ

استطراق انصباب بلَوري الى الخارج او الى الشعب وتمزُّق المرئ وفي النادر جدًّا تمزُّق قرحة معدية بسيطة مع تمزُّق الحجاب الحاجز

٢ً الاستهواء الصدري الرضيُّ الجرحيُّ . قد ينشأُ في الغالب عن آفة تصيب جدران الصدر كالجراحات النافذة فيهِ . وقد يحدث من دون جراحة خارجية بل لكسرٍ في الاضلاع تمزّق احدى شظاياه الرئة فتوقع استهواء صدريًّا . وقد يحدث ايضاً الاستهواء هذا عن رضٍّ شديد يطرأُ على الجدران الصدريَّة من دون جرح خارجي او كسرٍ في الاضلاع فتتشدَّخ الرئة او تتمزّق كما بيَّنهُ العلَّامة كُتسلين

٢٥٤ التشريح المرضي . تختلف كمية الغاز المرتشح بين بعض . سنتيترات مكعَّبة وليترين او ثلاثة بمقتضى العلة التي اثارت الاستهواء ووجود الالتحامات وغيبوبتها وسهولة نفوذ الهواء في الغشاء المصلي وامكان دخوله فيهِ وتعذر خروجه منهُ لترتُّب نوعي كوجود غشاء كاذب يسدُّ فوهة الثقب على شكل صمامة

اما الغاز فيتألف على الخصوص من الآزوت ثم الحمض الكربنيك وكمية قليلة جدًّا من الأُوكسجين في بعض الاوقات . وقد يحوي ايضاً الهيدروجين المكبرت الذي ينشأُ عن تحلُّل عفني يتمُّ في داخل التجويف البلَوري . انما هذا الغاز مضرّ وجوده اذ انهُ يؤثر في الغشاء المصلي تأثيرًا مؤذيًا بيِّن الضرر

وقد يشاهد ايضاً سائل في الجزء الاسفل البلَوري . انما كميتهُ تختلف

باختلاف سبب العلة الّا انهُ ولو كان سبب الاستهواء قابل الإزمان فيصير صديديًّا او أقلهُ مصليًّا صديديًّا. لان وجود الهواء من شأنه أن يعاون على الإصداد لا بل يهيجهُ وان كان الارتشاح في بدنهِ مختلف الطبيعة

قد يكون الاستهواء هذا عامًا او جزئيًا . فاذا ما كان عامًا اندفعت الرئة كما في ذوات الجنب العاديّة . وان جزئيًا او متكيسًا حفّ بهِ اغشية كاذبة ثخينة في العموم تفرق الغشاء المصلي الصدري باقامة حواجز مختلفة . نيزاح القلب والاعضاء الشاغلة للحجاب المنصف انزياحًا مجانسًا لما يكون في ذات الجنب البسيطة

اما الفوهة المشركة التجويف البلوري في الشعب او في الهواء الخارج فتختلف اتساقًا بمقتضى السبب الذي أوقع الثقب كما اشرنا اليهِ عندما تكلمنا عن ذات الجنب الصديدية والغنغرينة الرئويّة السطحية وغيرها

٢٥٥ الاعراض . ١ً الدور الابتدائي . لا نصفُ هنا الّا الاستهواء الصدري الطبي . فانهُ يبدأ بدءًا يختلف لا بمقتضى العلة التي اثارتهُ فقط بل بمقتضى دورها وسلامة الغشاء الصدري او اضطرابهِ السابق . فاذا وفد الاستهواء هذا في بدء التدرُّن وكاد المصاب يشفّ عن بعض حبيبات درنية بمورّية اشتدت الاعراض في الحال اشتدادًا عظيمًا . فيحسّ العليل عند تمزُّق الغشاء المصلي بالم حادّ كأن صدره قد تمزّق فيضيق نفَسهُ ضيقًا كبيرًا قد يبلغ التنفُّس الانتصابي في بعض الاحيان ويخل جسمهُ ويرتجف صوتهُ وسعاله فيقع في غشيانٍ اشبه بالخناق يعرب عمّا سمّاه

الدكتور فنتريك بقصور الرئة الحادّ . اما فجأة هذه الحالة العامة وشدتها فيتوقفان من جهة على اندفاع الرئة بكلها ضد الحجاب المنصف ومن الأخرى على احتقان الرئة الشديد الذي يبدو في الجهة الاخرى فيتعذّر على الرئة المنقبضة ان تقبل الدم المعدّ لها في حالتها الصحية والعادية

اما اذا حدث الاستهواء هذا في ادوار التدرُّن الاخيرة كان بدوءه خبيثاً ولا يُدرَك في بعض الاحيان . اذ ان ما يُشيره من الألم والبهر يكونان خفيفين بحيث يختلطان بالآلام الحداريّة الشكل او الاوجاع العصبية او بعض التهابات بلّورية محدودة لا يعبأ بها . انما سلامة الاعراض توقف وقتئذٍ على سببين وهما: اولاً لان الغشاء المصلي الصدري يكون في اغلب الاوقات مصاباً من قبلُ فيفقد حسهُ اللطيف . ثانياً لان الالتحامات السابقة قد تقسم التجويف البلّوري فتمانع الرئة عن الاندفاع التام فلا يحدث سوى استهواء صدري محدود

اذا تخلل الاستهواء الصدري سير ذات الجنب الصديديّة خلفت اعراضه في الغالب قيناً بلّوريًّا. فلا يكون الألم والبهر في العموم أحدّ مما يكونان قبل ثقب الشعب . وقد تكون الاعراض السماعية الدليل الوحيد على تأييد هذا الاشتراك

الدور الوقوفي . قد تختلف اعراضهُ على اختلاف كونهِ عاما او جزئيا

فاذا ما كان عامًّا ألفيت ما يأتي : تتسع الجهة المصابة اتساعاً بيّناً

وتكاد تثبت في الحركات التنفسية وتزول الاهتزازات الصدرية وتزداد للوقت المرونة تحت الضغط الاصبعي ويبلغ رنين الصوت الطبلي . لكن اذا ما زدت الضغط داخل الجوف الصدري بحيث عانع الجدار المقروع ان يهتز تحت الاصبع يحولُ الصوت الطبلي غليظاً وقد يوهم بوجود الصمم

اذاً ما تعمدت الجدار الصدري الخلفي من الجهة المصابة وقرعتهُ بقطعتينِ من الفضة (ريالين مثلًا) واستمعت الجدار القدامي او ان عكست العمل وقفت على ان للقرع دويًا نوعياً يشابهُ ما يحدث عن إطنان وعاء من نحاس بطرقة . وهذا ما كان يسميه العلامة تروسو باللغط النحاسي . اما قرع الرئة تلقاء العمود الفقري حيثما تكون مندفعة ومنضغطة فيشفّ عن صوت قانوني متناقصٍ قليلًا في شدتهِ

قد يكون في الغالب الصمم حقيقياً في قاعدة الصدر ذلك لان السائل الذي يشارك الارتشاح الغازي يشغل الجزء السفلي من التجويف البلوري

عند الاستماع تقف على لغط نفخي شديد القوة لهُ نوع خصوصي يشابه ما يحدثه عندما تنفخ جرّة فارغة نفخاً قويًا وهذا ما يدعونهُ بالتنفس او باللغط النفخي الجرّي . وقد يتنوّع ايضاً الصوت والسعال والخراخر الشعبية تنوّعاً مجانساً لما يلحق باللغط وتصل الى الاذن متصفة بالصفات الجرّية . واذا ندرت الفقاقيع من الخراخر الشعبية او تخللتها مدة طويلة بحيث تتوالى واحدةً فواحدةً بدت ايضاً واحدةً فواحدة على شكل النوع الجرّي . وهذا ما يسمّى بالصاصلة المعدنية وهي ظاهرة طارئة لاتبدو غالباً الّا عند السعال وقد

تنحجب ايضاً انحجابا تاماً

اذا ما وجد الاستهواء الصدري كان من الممكن ابداء بقبقة او لغط قراقري عندما يُهزّ العليل هزًّا فجائيًّا . وهذا اللغط ينتج عن حراك السائل في بيئة غازيّة وهو المسمّى بالرجّ البقراطي

اما عندما يكون الاستهواء هذا جزئيًا فتسمع الاعراض الطبيعية نفسها في فسحة محدودة من الصدر. الّا ان كثيرًا من الاعراض الرئيسية قد تتلطف احيانًا وقد تغيب ايضاً في حوادث أُخرى بحيث لا تظهر الآفة لدى المشاهدة الّا بلغطٍ نفخي خفيف ذي نوع كهفي وجرّي سواء صحبتهُ صاصلة معدنية او لم تصحبهُ

قد يكون الاستهواء الصدري العام مقرونًا في العموم ببهرٍ شديد. فان لم تفد الحمّى في بداية الداء لا تلبث ان تظهر عند انتشار الدلائل الالتهابية في جهة الغشاء المصلي الصدري

اما الظواهر الرادّة للفعل في الاستهواء المحدود فتكون في الغالب مفقودة او غير مُدركة

٢٥٦ السير والمدة والانتهاء . اذا ما كان الاستهواء العام مرتبطاً بالتدرُّن وظهر في بدئهِ نوّع احوال الدورة الرئويّة وأسرع الاعراض او احال سلًّا سريع السير التدرُّن الذي ربما يكون دورانهُ بطيئاً . فاذا ما وَفد في نهاية التدرُّن فتارة يكون عرضاً لاطائل تحتهُ وأُخرى يُعجل حلول الاجل لما يُبديه من الزيادة في الخناق

اذا ما شارك ذات الجنب الصديدية كان في العموم ثقيلًا . فان لم يبزَل الصدر مات العليل في الغالب عن إصداد الدم او عن تعفنه او عن حمى الدق لما يتمّ في التجويف البلَوري من الاختمارات وامتصاص السائل العفِن

٢٥٧ التشخيص . قد يكون تشخيصهُ سهلًا سيما اذا ما حدث فجأةً في بدء التدرُّن . لكنهُ قد لا يُدرَك في بعض الظروف لخفة اعراضهِ الموجعة والبهرية كما يحدث غالبًا في التدرُّن المتقدم . فيتوهم والحالة هذه الطبيب لوهن الاعراض الرادَّة للفعل حدارًا في الجدار الصدري او ألمًا عصبيًا وربما او احد الالتهابات البلَورية التي كثيرًا ما تتخلل سير التدرُّن فلا يتعمَّد الاستماع . وقد يعسر التشخيص ايضًا على رغم القرع والاستماع المدققين غاية التدقيق عندما يكون الاستهواء محدودًا وذلك اما لاعراضهِ الخفيفة او لاشتراك الدلائل السماعية في آفات أُخرى . وعليهِ فيصير التردد في غالب الاوقات بين ان تكون العلة كهفًا درنيًا او استهواءً صدريًا محدودًا . انما يستدل على كل واحد منهما بما يأتي . يحتلُّ الكهف القمَّة في العموم غير ان الاستهواء لا يشغل القمَّة الّا في النادر . في الاول ينخفض الجدار ولا يكون الصدر متسعًا وتزداد الاهتزازت الصوتية وفي الثاني تتناقص . في التدرُّن تنتشر الظواهر الجرية بطيئًا وفي الاستهواء تفد فجأةً

قد يسبق الكهوف الرئويَّة الناتجة عن خراجات الرئة وغنغرينتها او يرافقها ظواهر خصوصية كذات الرئة ونفث الصديد في الاولى ونتن النفث

في الثانية من شأنها ان تؤيد التشخيص بمعزلٍ عن الاستقصاء السماعي . وقد يتفق في النادر جداً من الحوادث ان يصحب ذات الجنب وذات الرئة لغط نفخي جزئي . غير انهُ لا يكون شديداً فيهما على حدّ ما هو في الاستهواء الصدري . فيتناقص لا بل يغيب عندما يتنفس العليل تنفساً لطيفاً ويرافقه صمم تام من شأنه ان يزيح كل ريب واشكال

لا بدّ ايضاً من تمييز الاستهواء الصدري عن الحوادث النادرة جداً التي فيها تنثقب المعدة او الاثنا عشري او القولون المستعرض . فينشأ حينئذٍ ارتشاح غازٍ وسائل اما تحت الحجاب الحاجز واما بينهُ وبين البلورا الحجابية التي تبقى سليمة وتندفع فقط . وحسبنا ذكر هذه الحوادث تجنباً للخطاء

٢٥٨ العلاج . ينبغي ان يُبادر اولاً الى تخميد الالم سواء كان الاستسقاء الصدري ناجماً عن رضّ جرحي كضربة خنجر او جرح مسبار او عن تمزّق الغشاء المصلي الصدري او آفة أُخرى رئوية . وعليهِ فيمكن استعمال الافيونيات اما في الداخل كخلاصة الافيون المصرية بمقدار ٠,٠٣ او ٠,٠٦ سنغ واما حقناً تحت الجلد كهيدروكلورات المرفين بمقدار ٠,٠١ سنغ . لكن اذا ما اشتدّ احتقان الرئة السليمة وتبيّنت اعراض الزُرقة كان الجدير بك وقتئذٍ ان تستفرغ الدم اما على شكل الفصد العام من ٢٠٠ الى ٣٠٠ جراماً واما على شكل محجامات ذات بزغ موضوعة على الصدر

اما اذا تعاظم ضيق النفس بحيث يُخشى وقوع الخناق فيكون من

اللازم بطّ الصدر واستفراغ الغاز الذي يشغــل البَورا . ولا يخفى ان هذا العمل لا يكون الّا مسكناً فقط ذلك عندما يكون الاستهواء الصدري نتيجة ثقب في الرئة . الّا انهُ قد يكون شافياً اذا ما نشأ الغاز في التجويف البلَوري عن اختمار ارتشاح سائل كما يحدث في النادر من الحوادث

اما اذا تأتّى الاستهواء الصدري عن نفوذ الهواء الخارجي من ناسور بلَوري جلدي قد نتج عن استطراق خِلْقي الى الخارج لذات جنب صديدية فلا بدَّ حينئذٍ من بتر الغشاء المصليّ الصدري واستعمال الوسائط والضمادات المضادة للعفن على حدّ ما يصير استعمالهُ بعد البطّ الصدري



فصلٌ

في امراض العقَد القصبية الشعبية

٢٥٩ التشريح . قد يحفُّ بجزء القصبة السفلى وبأَصل الشعب الغلاظ عقَد لينفاويّة عديدة قد تُصاب بآفات مختلفة قد يكون من شأْنها ان تمتـاز باعراض مهمّة

هذه العقَد تشفُّ عن الترتيب الآتي : تشغل كلًّا من جهتي القصبة وتتصل بهِ اتصالًا مستقيماً سلسلة عقَد لينفاويّة لا تزال متتابعــة الى ان تبلغ الحــافة العليا لكل من الشعب الاصلية فتصحبهــا الى ان تصل الى مساواة الشعبات الرابعية في الرئة . وقد يتسق ايضاً سلسلة أُخرى غدَديّة على

الحافة السفلى مستندة اليها استناداً مستقيماً . فمجموع هذه العقد يشغل مركزاً متوسطاً بين التي تكون في مقدم القص من الامام والتي تحتل مقدم العمود الفقري من وراء متتبعة طول المريء والاورطي

قد تمتاز في العموم سلسلة العقد القصبية الجدارية والشعبية الفوقانية المتواصلة عن سلسلة العقد الشعبية التحتية امتيازاً بيناً ومع ذلك قد تبينان انهما تتماسان على بعض نقطهما . ومن البين انهما تختلطان ببعضهما عند فرجة الرئة . اما في الغالب فتتصلان ببعضهما عند مساواة اصل الشعب والوساطة بعض عُقيدات مركزها اما من وراء واما من قدام . وتقبل هذه العقد باعتبار مجموعها ما للرئتين والغشاء المصلي المجلل لهما وللاضلاع والشعب والقصبة والقلب وغلافاته والمريء والجدران الصدرية من الاوعية اللينفاوية

اما هذه العقد فغير متساوية على كامل اتجاه هذه السلاسل الغددية . فقد تكون في بعض النقط اكثر عدداً واوفر ثخناً فيتكون عنها جُمَل عقدية جديرة بالذكر وهي : ١ً العقـد التي امام القصبة والشعب من اليمين واليسار ٢ً والعقد التي بين القصبة والشعب اي التي تحت الشعب من اليمين واليسار ٣ً والعقد التي تحتل بينونات الشعب

١ العقد التي تشغل مقدم القصبة والشعب . قد تحل هذه العقد في الوجه القدامي العلوي للزاوية المنفرجة التي يكونهـا من الخارج كل من القصبة والشعبة الرئيسية المقابلة . اما نِسَبها التي لا يمكن التخلص عنهـا الا

عندما تكون العقد متضخمة فهي الآتية : تتصل يساراً ومن الاسفل بالحافة العليا للشعبة اليسرى وللشعبة اليسرى ايضاً من الشريان الرئوي . ومن أعلى ومن الجهة الوحشية بقوس الاورطي والعصبة الراجعة اليسرى التي تكتنفهُ ومن الجهة الانسية بالقصبة . ومن وراء تشترك في المريء . فينتج من ثمَّ انهُ اذا تضخمت هذه الغدد ضغطت المريء والشعبة اليسرى والقصبة وقوس الاورطي والعصبة الراجعة اليسرى واحدثت اعراضاً ضغطية

تتصل يمنةً ومن قدام بالوريد الاجوف العلوي وبجزء من القوس الاورطي . ومن وراء بالوجه القدامي العلوي للشعبة اليمنى عند اصلها وبالوجه العلوي الوحشي للقصبة وجذر التاثه الأيمن . ومن اليمين بالوجه الانسي للفص الرئوي العلوي الايمن . ومن الشمال بجزء من القوس الاورطي وبالجذر الشرياني الذراعي المخي وبالوجه القدامي الوحشي للقصبة . ومن فوق بالحافة السفلى المحدبة للشريان الترقوي التحتي وبالعصبة الراجعة اليسرى التي تكتنفهُ . ومن أسفل بالوجه القدامي العلوي للشعبة اليمنى عند اصلها وبجذر التاثه الايمن . فان هذه النسب المهمَّة تعرب جليا عمَّا يوقعهُ من الخطر تضخُّم هذه العقد او تولُّداتها الحديثة العهد

ب العقد القصبية الشعبية البينية اي الشعبية التحتية . هذه العقد التي لاتختلف نسبها يمنةً ويسرةً تشغل الفسحة المثلثة الزوايا الكائنة ما بين الوجه السفلي للشعبتين الاصليتين والحافة العليا لجذر الاوردة الرئوية الخلفي .

ويغشيها من وراء تفرعات العصب التائه وتفماته اللواتي يكونّ الضفيرتينِ الرئويتينِ اليمنى واليسرى . وهي تتصل من وراء بالمريّ والاورطي النازل والوريدَين الفردَين والحافة الخلفية لكل من الرئتين . ومن قدام بالوجه الخلفي للتامور . فيؤخذ من ثمّ انهُ اذا ما التهبت احدى هذه العقَد فقد يمكنها ان تستطرق الى هذا الغشاء المصليّ

ت العقَد الشعبية البينية . تحتلّ هذه العقَد زوايا تشعبات الشعب ولا تزال موجودة فيها حتى التفرعات الشعبية الرابعيَّة

ثم انهُ علاوة على هذه الجُمَل الغدَدية لا بدَّ من ذكر العقَد الثديية الداخلية اي العقَد القصية الخلفية التي تتبع اتجاه الاوردة والشرايين الثدييَّة الداخلية والتي تتفمَّم بالعقَد القصبية الشعبية

فقد رأيت ما لهذه الغدد من الاهمية الكبيرة . ومن العجيب كيف يضرب عنها صفحًا المؤلفون المدرسيون مع ان ما تجرُّهُ من الاعراض وما يُبديه احتقانها من الاشتراكات لجدير بان يُذكر في الكلام عن امراضها

نحن لا نتفحّص عن جميع آفات هذه العقَد كل بمفرده انما نورد على سبيل الاجمال ما لها من الاعراض الطبيعية والوظيفية

٢٦٠ الاسباب . ان لاسباب احتقان عقَد الحجاب المنصف مصادر مختلفة . فتارةً يكون احتقانها بسيطًا ناشئًا عن التهاب بسيط ايضًا اما حديثًا واما مزمنًا قد اعترى المسالك الهوائية . وعليهِ يتمشى بعض الاحتقانات الغدديَّة التي تصحب الحصبة والشهقة والنزلة الصدريَّة الوبائية . وطورًا

يكون الاحتقان خنزيريا او درنيا متأتياً عن تخـتزُر او تدرُّن اوليّ قد عرا العقد الشعبيــة او عن تــدرُّن رئوي او بلوري او عن تسوُّس القص او الاضلاع

وقد يكون الاحتقان هذا سرطانيا ناجماً عن سرطان الرئة والغشـاء المجلل لها . وقد يحدث ايضاً عن ظاهرات تضخم الغدد الليمفاويّة العام

وقد تكون ايضاً الغدد المتضخمة سوداء فتحوي مقداراً بين القليـل والكثير من موادَّ فحمية وهذا ما يحدث في تفحُّم الرئة والعقد الشعبية

٢٦١ التشريح المرضي . ١ْ فساد العقد القصبيَّة الشعبيَّة . قـد يشاهد فيها جميع الآفات من الاحتقانات الى الحؤولات الثقيلة

قد تحجم العقد وتحمرُّ في الالتهاب البسيط ويسيل منها عند قطعها كمية من السائل الذي يحـوي كريات حمراء ولا سيما كريات بيضاء . فاذا ما دام الالتهاب زماناً اشترك في النسيج الخلوي المحيط بالعقــد واوصل العقد بعضها ببعض وبالاعضاء التي تجاورها . واذا ما كان الالتهاب مزمناً فقد يتفق ان تـكونَ العقد محجمة ايضاً لكنَّها تكون اقــلّ احمراراً واشدَّ مقاومةً مما تكون في الحوادث السالفة . وقد تضمُرُ العقــد فتصير بيضاء وصلبة عند القطع . وخلاصة الكلام فقد يطرأ عليها ما ينجم عن الالتهاب المزمن الخلّي البيني اي التصلُّب مع الضمور

وقد تختلف حالة العقد في التدرُّن باختلاف الدور الذي تتفقَّدها فيهِ سواء كان تدرُّنها اوليًا او تابعاً لتدرُّنٍ رئوي او بلَوري . ففي الدور الابتدائي

ترى العقد عند قطعها وهي قليلة الحجم او كثيرة اما محبَّبة تحبُّباً درنياً منتشراً في وسط النسيج العقدي واما مرتشحاً فيها ارتشاحاً درنيًا أزرق يعمُّ العقدة بتامها فتظهر كأنها شحمية القوام . ثم قد تحول الأدران حولاً جبنيًا فيشاهد في الشكل المنتشر نوًى بيضاء الى اصفرار ومتلينة بينما انهُ في الشكل الارتشاحي تتكتّل العقدة وتحول بكاملها حولاً جبنيًا . ثم قد يتلين مركز العقدة كلهُ في الدور الانتهائي ويحول كتلةً صديديّة الشكل يحفُّ بها غلافٌ ليفيٌّ بين قليل الثخن وكثيره ووهن المقاومة او عظيمها

وقد تتخذ العقد الليمفاويّة في حولها الجبنيّ والتهابها العام حجماً عظيماً قد يتجاوز بعضها حجم بيضة الدجاجة او البرتقانة (١) . وقد يكون قوام هذه العقد ومنظرها قوام اللحم العضلي ومنظره فتدفع في العموم ما يجاورها من الاعضاء من غير ان تفنيه . وقد تنتهي بالفناء في حوادث نُدرى

اما الاحتقان العقدي الذي يصحب التفحُّم الرئوي والشعبي فيمتاز بكون نسيج العقد قليل السواد او كثيره وبوجود انعقادات فحميَّة داخلهُ في بعض الاوقات وهي حُصيات فحميَّة حقيقيَّة

٢ً فساد الاعضاء المجاورة . ا الجهاز الدوري . قد تلتحم العقد في التامور فتثير فيه بعض الالتهاب . وقد تلتهب ايضاً بعض العقد التهاباً درنيا

---

(١) ان اردت مزيد بيان فطالع ما كتبتهُ ملخصاً عمَّا القاهُ الاستاذ جاكود في مستشفى الرحمة في باريس من المقالات عن المشاهدات الطبية سنة ١٨٨٦ وجه ٥٠٣

فتنفتح احيــانًا وتستطرق الى تجويف التامور . وقد تمتـدُّ العقدة فتضغط الاورطي وشعبــات الشريان الرئوي والشرايين الشعبية . وقد يلحق ايضاً الضغط والالتحام بالوريد الاجوف الاعلى وبالاوردة الرئويَّة

ب الجهاز التنفُّسي . قــد تلصق العقد القصيّة الشعبيَّة بالقصبــة والشُعَب فتتصلَّب احيانًا تلقاءها الغضاريف . ومن نتائج هــذا الالتحام الاشد تواترًا تشوُّه القصبة والشعب وانبساطها وقد يتقرَّحنَ تقرُّحًا يشغل ثخن جدراهنَّ كلهُ او بعضهُ . وقد ينجم في اغلب الحوادث الاستهواء الرئوي عن ضغط الشعب وقد يحدث ذوات جنب حادَّة صديديَّة عقب استطراق صديد العقد الملتهبة الى التجويف البلَوري .

ت الجهاز الهضمي . قد ينضغط المرئ عمَّا يلصق بهِ ويجاورهُ من العقد الملتهبة وقد يتقرَّح مع الزمن من جرى ما يقاسيهِ من الضغط

ث الجهاز العصبي . قد تُضغط العقـد التي تزيد حجمًا التائه والراجع واعصاب الحجاب الحاجز فيلتهب مجموع هذه الاعصاب ويضر ضررًا . وقد يمتدّ ايضاً الالتهاب العقدي الى النسيج الخلوي للحجاب المنصف فيثير فيهِ التهابًا حادًّا او مزمنًا

٢٦٢ الاعراض . لا يخفى ان اعراض آفات العقـد القصيَّة الشعبيَّة تختلف بمقتضى مركز العقد الملتهبة والعضو الذي تضغطهُ . وعليــهِ فان ما نوردهُ من الاعراض لا ينطبق على جميع انواع هذه الآفة انما كل حادث منها يُبدي اعراضاً تختص بهِ

اعلم ان العقد المتحجمة في الحجاب المنصف لا تقتصر في العموم على الدلائل الانضغاطيَّة التي تثيرها في الاعضاء المجاورة بل تشفُّ عمَّا يأتي من الظاهرات : ينتأ في اغلب الاوقات مقـدم الصدر نتوءا بيّنا على جداريِ القص تلقاء سلسلة العقد التي ترافق الاوعية الثدييَّة الداخلة . وقد يُبدي القرع على الناحية القصيَّة العليـا ما يمكن من وجود بعض الصمم الدوني . وقد يشعر العليل بآلام من وراء القص مختلفة الشدة والشكل

وقد ينشأ ايضاً في الغالب اعراض خصوصية تتعلق بفعـل الآفة التي نحن فيها على عضوٍ او اكثر من اعضاء الصدر

يُحدث ضغط القصبة او الشعبة كرباً في التنفُّس وشهيقاً صفيريّاً وقد ينجم عنـهُ انقباض شهيقي في التجويف الشراسيفي والقصي الفوقي والترقوي الفوقي ايضاً . وقد تقف لدى الاستماع في الجهـة المقـابلة للضغط الشعبي على تناقص في اللغط التنفسي واحياناً على بطلانهِ وقد يتناقص ايضاً اتساع الصدر . اما الاستهواء الرئوي فمن نتـائج الضغط المتواترة . واما ثقب المسالك الهوائية ونفوذها بالصديد المتأتِّي عن كهفٍ عقدي فقد اوردوهُ احياناً بين اشتراكات هذه العلة

ان ذات الجنب الناتجة عن امتداد التهاب احدى العقد وتمزُّق الغشاء المصلي المجلل للرئة ونفوذ صديد كهفٍ عقدي فيهِ لا ينبغي لندرتها ان تنفي امكان حدوثها

وقد يتنوَّع السعال لانضغاط العصبين التائه والراجع فيصير أبحّ نوبياً

وشهيقُ الشكل . وقد يتنوَّع ايضاً الصوت فينقلب أجَّ ومنقطعاً . وقد يضطرب النفَس فيمتاز بيهرٍ ونوب ربويَّة او خناقية واحياناً بنوب الخناق الصدري

قد يختلف ما ينشأ عن ضغط الاوعية الصدريَّة من الاعراض . فاذا ما اصاب الضغط قوس الاورطي او تشعبات اصلهِ صغرَ النبض وبطؤ وتضخَّم القلبُ احياناً وحدث في الاوعية ألغاط نفخيَّة

وقد يوقع ضغط الوريد الاجوف الاعلى أوزيما الوجه والعنق واحياناً أوزيما العضوَين الاعليين والصدر ايضاً . وقد تتمدَّد ايضاً اوردة العنق والصدر والعضوَين الاعليين ويصير الوجه بنفسجيا ويعتري العليل اثرفة انفية وفي بعض الاوقات اثرفة سحائية

فاذا ما كان الضغط على الاوردة الرئوية حدث أوزيما في الرئة . وان على الشريان الرئوي او على تفرُّعاتهِ تضيَّق هذا الشريان ووقع نفث الدم . وان على المريء عسُر الازدرار . وان ضغطت العقدُ المصابة النسيجَ الخلوي الحجابي اثارت التهاب الحجاب المنصف

٢٦٣ السير والمدة والانتهاء . لا يخفى ان كلاًّ من سير العلة ومدتها يتعلق بالآفة التي أهاجتها . اما انتهاؤُها فيتغيَّر ولا يكون في العموم محمودًا الَّا اذا ما كان الاحتقان بسيطاً خنزيريا او زهريًا

٢٦٤ التشخيص . ١ً هل يوجد عقد محتقنة في الصدر ؟ ينبغي لحلّ هذه المسئلة ان تتعمَّد اولاً كثيرًا من الاعراض التي سبق ذكرها . ثانيًا وجود عقد ملتهبة في نواحٍ مختلفة علاوةً على الناحية القصبية الشعبية .

تتمكّن من الوقوف عليهـا بالنظر والجسّ . على انهُ اذا ما ألفيت عقـدًا محتقنة بسيطـة او خنزيريّة او درنيَّة في العنق والبطن والإربيّـة والإبط تمكّنتَ في الغالب من الجزم بوجود ما يجانسهـا في الحجاب المنصف . واعلم ايضًا ان الاحتقانات الخنزيريَّة العنقية مهما كان الامر من اتساعهـا وظهورها فلا تجزّ اذا ما تقيّحت احتقانًا معتبرًا في العقد القصبية الشعبية

٢ً لا بدَّ ايضًا من فرق هذه العلة عمَّا يلتبس بها من الامراض

ا السلّ الرئوي . وقوع الخطاء سهل في هـذا الاشتراك لان الآفة التي نتصدَّى لها تارةً تحجب السلّ في بدئهِ وأخرى تحجب اعراضُهُ اعراضَها اما في بدئهِ واما في احد ادوارهِ المتقدمة. الّا انهُ لا تـكون اعراض التدرُّن الابتـدائية وافية الشدة بحيث يتعذَّر الوقوف على الآفة العقديّة ولو قليلة الظهور . اما في ادواره الاشد تقدمًا فقد تختلط علائم التجمُّد الرئوي بما يحدثهُ ورم العقد . اما مقرّ العلامات الخاصّ بها فيمكن من تجنب الخطاء وعزو كل آفة الى علّتها . فاذا ما تضخَّمت العقد اشتدَّ الصمم ولاسيا قرب القصّ والعمود الفقري اعني في منتصف الصدر بينا انهُ في التدرُّن يكـون الصمم في الحفر الترقويّة السفلى والتي فوق شوكة الكتف . واذا مـا حدث لغطٌ نفخيٌ في الآفة العقديّة سُمعَ حذاء القصّ او تلقاء العمود الفقري بينا انهُ يحتـلُّ قمة الرئة في التدرُّن الرئوي

ب . قد يصحب الآفة العقديّة اعراض تشنجية يوهمنَ بوجود الربو غير ان النجـارين البهريّة لأشدّ تواصلًا ممَّا تـكون في الربو الحقيقي .

ومما يؤيد التشخيص ويزيح الاشكال ما يقف عليه المشاهد غالباً عندما يقرع الصدر ويستقصيه بالسماع

ت . قد تثير العقد القصبية الشعبية المحجمة سعالاً شهقيّ الشكل. انما تفترق الشهقة عمّا نحن فيه بغيبوبة الحالة النزلية والعدوى وبعدة لا نسبة لها مع الشهقة العادية

ث . اذا ما ضغطت العقدُ هذه الملتهبة العصبتين الراجعتين أبدت انقطاعاً في الصوت وأوهمت بوقوع تدرُّن حنجري. لكن تقصّي المزمار بالجهر واستقصاء الصدر مما يؤيدان التشخيص ويرفعان كل ريب واشكال

ج . ان انورسما قـوس الاورطي وجذر الشريان الذراعي المخي تشترك هي وتضخّم العقد القصبية الشعبية في الاعراض الآتية وهي : ١ً اللغط البوقي الشهيقي . ٢ً النفث الذي يكون احياناً غزيراً . ٣ً عدم استواء ناظر العينـين . ٤ً الصمم القصّي الخلفي . ٥ً نقصـان اللغط التنفُّسي على فسحة مختلفة في ناحية واحدة او في الاثنتين . ٦ً اضطراب الصوت . ٧ً عسر الازدراد . ٨ً أوزيمـا الاجزاء العليـا . ٩ً عدم اتساق النبض . ١٠ً البهر المختلف الشدة . لكن القرع في الانورسما يدلّ تلقـاء القص على صمم ينتشر انتشاراً اشد اتساقاً وقد يشاهد في هـذه النقطة حركات امتداديّة . وزد على ذلك ان انورسما القوس الابهري تستصحب اعراضاً سماعية لا وجود لهـا في الآفة العقديّة . وقد ذهب الدكتور ستُكس الى ان نقصان اللغط التنفّسي في الجهة اليسرى انما يكون

دليلًا على انورسما قوس الاورطي

ح عنـــدما تضغط عقدةٌ مجمة المريء توهم بوجـــود تضيُّق او سرطان في هذا العضو . وقد يصعب التشخيص كثيرًا فلا يتسنَّى الوقوف عليهِ الَّا بتتبُّع سير المرض وانتفاء الظواهر المؤلمة التي من شأنها ان تعاون الطبيب على تجنب الخطاء

٢٦٥ الانذار . لا يخفى ان الانذار بالتهاب العقد القصبية الشعبية يختلف بالنظر الى طبيعتهِ . فيتعذَّر والحالة هذه تقرير القوانين التي يتمشَّى عليها العلاج العام . انما يختص بنوع الآفة العقدية التي ينبغي تمريضها ومقاومتها

معجم بعض ألفاظ

Autimoine	إثمد
Asystolie	ارتخاء القلب . استرخاء
Thrombose	استحالة جلطية .
Digitale	كف الثعلب . حشيشة الكشاتبين اصابع الصفر
Jaborandi	الجبار الهندي
Engouement	انسداد
Embolus	انفلات الجلطة
Bacille	انبوبيّة
Aconit	بيش . خانق الذئب
Thrombus	جلطة راسخة
Embolie	جلطة منفلتة
Asthmatique	حشي
Grippe	حمّى نزلية
Kyste hydatique	دُبيلة مائية
Tartre stibié	دردي مقيء
Micrococcus	ذُرَيرة .

Bacteries	راجبيّات
Tirage	سحب
Scodique	سكودي
Jalap	شاطل
Bàtonnet	عُصيّة
Sous-crépitant	فرقعي دوني
'Valériane	فوّ
Ecchymose palpébrale	كمزة جفنيّة
Cruveilhier (Laryngite de)	كريقيليّة (ذبحة)
Belladone	لُفّاح
Atropine	لُفّاحين
Diascordium	معجون الشقرديون
Nécrobiose	نخزوبيوس
Infusoires	نقاعيّات

فهرس الكتـاب

اصلاح

صفحة	سطر	غلط	صواب
١٩٦	٦	دخال	وادخال
١٩٨	١٩	يفرز	يغزز
٢١٢	١١	الدفضع	الضفدع
٣٣٤	١٩	شبه لعط	شبه لغط
٣٤١	١٤	حارة	حادة
٣٥٢	١٨	الانبوبيات الدرنية الحائل لونها اذا ما كانت قليلة	الانبوبيات الدرنية اذ ما كانت قليلة العدد في نقطة حال لونها
٣٥٢	١٩	الانسجة	الاركان
٤٠٤	١٧	الفنخي	النخي
٤٠٥	٥	اللغط	الغلط

ou les influences du milieu, pour ne songer qu'à la matière morte, au produit cadavérique, la Clinique abdiquant ainsi devant la Dissection (1)! »

Voilà l'œuvre de l'Allemagne. Devant les preuves accumulées par la doctrine pastorienne, elle revient un peu de sa grossière erreur, mais son opiniâtre ténacité n'en a pas moins, pendant de longues années, jeté l'incertitude dans les esprits. Ce n'est pas suivre, même d'un pas boiteux et lent le mouvement scientifique, cela; c'est l'enrayer.

Qu'elle rectifie ses erreurs; qu'elle nous apporte des découvertes de génie; qu'elle nous montre ses Laennec, ses Bretonneau et ses Pasteur, et alors nous pourrons discuter sérieusement avec elle la question de priorité scientifique.

Jusque là, qu'elle nous fasse grâce de ses puériles attaques et de ses mesquines revendications.

Beyrouth, 1er Janvier 1888.

Dr H. DE BRUN

---

(1) H. Roger et M. Peter, *Angine diphthéritique* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. V, p. 14.

des croyances universellement admises sur la nature des pleurésies dites *a frigore*, est venu, le premier, jeter l'alarme et nous démontrer leur origine tuberculeuse?

Comment s'expliquer maintenant l'accusation qui a été portée contre nous? Ne sommes-nous pas en droit de la juger avec quelque sévérité et de rechercher quelle a été la part de l'Allemagne aux découvertes de la pathologie pleuro-pulmonaire?

Ce qu'elle a fait pour la tuberculose, l'Allemagne l'a fait aussi pour la diphthérie; elle a nié la découverte de Bretonneau, comme elle avait méconnu la conception de Laennec. « Ainsi, par une étrange confusion nosologique, les Allemands, appelant diphthéritique toute production fibrineuse, oublient la notion de spécificité; et, par une confusion de langage plus étrange encore, détournant le mot croup de sa vraie signification, ils en arrivent à appeler croupale toute affection avec exsudation de fibrine; de sorte que la pneumonie franche est pour eux une pneumonie croupale, parce qu'il y a exsudation fibrineuse dans les vésicules pulmonaires.

Il suffit de signaler cette erreur doctrinale pour en faire justice. N'est-il pas singulier qu'en Allemagne on en soit arrivé à ce vice de logique que les doctrines médicales s'inspirent à peu près exclusivement de l'amphithéatre d'anatomie? N'est-il pas étrange que la notion de maladie y soit à ce point oubliée ou perdue qu'on néglige, dans l'étude des faits pathologiques, la matière vivante, c'est à dire le malade avec ses aptitudes variables suivant l'âge

détruire la théorie allemande; Pasteur lui en fournit le moyen. En découvrant le bacille de la tuberculose, Robert Koch imposa silence à ses compatriotes, et, devant la brutalité du fait, les argumentateurs et les théoriciens ne purent que se taire.., l'affaire était jugée.

Cependant les cliniciens en France ne restaient pas inactifs. Empis avait décrit la granulie; Bard traçait nettement les caractères de la phthisie fibreuse que Grancher avait déjà esquissés; Peter, appliquant au diagnostic de la phthisie un nouveau moyen d'exploration, montrait tout le parti qu'on peut tirer de la thermométrie intercostale; enfin Debove mettait au service de la thérapeutique des procédés dont le temps à bien établi la valeur.

Ainsi donc, tout est Français et bien Français dans l'histoire de la tuberculose. N'en est-il pas de même pour la pneumonie, et les noms glorieux de ceux qui en ont tracé le tableau ne s'écrivent-ils pas Laennec, Grisolle, Andral, Marotte, Woillez, Behier, Charcot, Jaccoud, Potain, Peter, Grancher, Lépine, Damaschino, Rilliet et Barthez, etc.?

Est-ce un Allemand qui a appliqué la méthode d'aspiration à l'évacuation des épanchements pleuraux, et ne devons-nous pas à Dieulafoy un moyen de diagnostic des plus précis et un procédé thérapeutique des plus inoffensifs et des plus parfaits? N'est-ce pas Gueneau de Mussy qui nous a bien fait connaître la pleurésie diaphragmatique? N'est-ce pas Jaccoud qui nous a appris certaines conséquences importantes des cloisonnements néo-membraneux: et n'est ce pas Landouzy qui, faisant table rase

renfort d'arguments la dualité de la phthisie, pendant qu'un des auteurs les plus autorisés d'Outre-Rhin lance la fameuse phrase à laquelle ont souscrit tous ses compatriotes, et qui restera désormais classée parmi les chefs-d'œuvre du genre (1), pendant ce temps, Grancher, Thaon, Charcot apportent en faveur de l'unité de la phthisie des faits anatomiques indiscutables. Mais déjà, se plaçant sur un terrain absolument nouveau, Villemin, dans une communication qui fut une véritable révélation, avait, le 5 décembre 1865, annoncé à l'Académie de médecine que la tuberculose était inoculable; et, quelques années plus tard, Chauveau démontrait que le tube digestif était une des portes d'entrée possibles de la maladie.

Dès lors la virulence du tubercule fut généralement admise, et s'il restait encore certains doutes dans quelques esprits, les recherches consciencieuses d'Hippolyte Martin les firent définitivement cesser. Aussi, en 1880, Bouchard montrant que la théorie parasitaire était l'hypothèse la plus vraisemblable, professa la doctrine microbienne dans ses cours à la Faculté de Médecine; et, l'année suivante, Jaccoud, admettant implicitement la même idée, établit, sur ce principe, les règles d'un traitement de la tuberculose pulmonaire, auquel la découverte de Koch n'a rien fait ajouter.

C'en était fait du dualisme, et, par une de ces ironies dont l'histoire nous garde le secret, c'est de Berlin que partit le dernier coup. Il appartenait à un allemand de

(1) « Le plus grand danger auquel est exposé un phthisique, c'est de devenir tuberculeux » (Niemeyer).

versellement admises, comme aussi les longues discussions sur la nature de la pneumonie viennent de prendre fin. L'épidémicité possible de cette maladie, la coexistence et la complication de méningites n'étonnent plus personne; le microcoque pneumonique nous en fournit la raison.

Voilà, certes, plus qu'il n'en faut pour illustrer la médecine d'un pays, et alors même que les seuls travaux de Laennec et de Bretonneau, étayés des découvertes de Pasteur constitueraient l'apport fourni par la France à la pathologie pleuro-pulmonaire, nulle autre nation, je pense, ne saurait lui disputer le premier rang.

Mais que dire de cette époque mémorable où les Grisolle et les Andral, les Chomel et les Monneret, les Beau et les Piorry, les Louis et les Cruveilher, les Bouillaud et les Woillez dataient de Paris leurs remarquables travaux et faisaient, de la capitale de la France, le centre incontesté du mouvement scientifique?

C'était alors que notre immortel Trousseau attachait son nom à la trachéotomie et à la thoracentèse, et commençait à publier ses magistrales leçons, qui retentirent bien au delà des frontières, et que lisent encore avec fruit les médecins, sans distinction d'école ou de nationalité.

Peu après, Lasègue distinguait de la gangrène pulmonaire les bronchites fétides, dont il créait l'autonomie, et décrivait les bronchites albuminuriques.

Nous voici à la période actuelle; elle n'est pas moins brillante.

Pendant qu'en Allemagne on essaye d'établir à grand

Honneur à lui, honneur à notre immortel Laennec, dont le nom se trouve inscrit à toutes les pages de la pathologie pulmonaire.

A la même époque, vivait en Touraine un médecin doué d'une merveilleuse puissance d'observation, et qui devint bientôt chef d'une École, dont les élèves s'appellent Velpeau, Trousseau, etc.., j'ai nommé Bretonneau. En même temps qu'il démontrait la spécificité de la Fièvre Typhoïde, Bretonneau établissait l'unité et l'autonomie de la Diphthérie. Il prouvait que le croup et l'angine dite à tort gangréneuse, appartiennent à une seule et même maladie capable de sommations multiples, toutes caractérisées par la fausse membrane. Non seulement il créait la diphthérie telle que nous la connaissons, mais encore, après en avoir réuni les divers éléments, il la classait définitivement dans le cadre des maladies infectieuses. Il faisait plus encore; il séparait de cette affection le faux croup que l'on avait jusqu'alors confondu avec la laryngite diphthéritique, il créait la laryngite striduleuse et nous donnait les moyens de la reconnaitre.

L'œuvre de Laennec et l'œuvre de Bretonneau sont de celles qui ne périssent pas et qui reçoivent du temps un lustre nouveau. Le monument qu'ils ont élevé à la Médecine, après avoir subi sans dommage les attaques des contradicteurs et des jaloux d'Outre-Rhin, grandissant toujours, resplendit d'un brillant et nouvel éclat à la clarté de la doctrine Pastorienne.

Grâce à Pasteur, en effet, grâce à sa doctrine, la spécificité et l'unité de la tuberculose sont aujourd'hui uni-

AVANT-PROPOS

Il y a quelques mois, un chirurgien Viennois lançait à la Science Française l'accusation de suivre d'un pas lent et boiteux la Médecine d'Outre-Manche et d'Outre-Rhin.

Cette accusation, qu'on croirait partie, comme le dit Landouzy, des bords de la Sprée, n'a eu, ni en Allemagne ni en France, le retentissement sur lequel comptait probablement son auteur; on l'a plutôt considérée comme un acte de dépit ou comme un article de réclame destiné à tromper l'opinion publique. Après quelques protestations indignées, le silence s'est fait autour de cette affaire, et je n'essayerais pas aujourd'hui de la tirer de l'oubli, si l'enseignement dont je suis chargé ne m'en faisait une rigoureuse obligation.

Je ne voudrais pas que l'esprit de mes élèves put s'égarer sur ce point, et, avant de leur livrer ce *Traité des maladies de l'appareil respiratoire*, c'est à eux que je dirai :

Il y a un siècle, naissait en Bretagne un homme qui, par un de ces traits de génie qui se comptent dans l'histoire de l'humanité, découvrit l'auscultation. Du même coup, la pathologie pulmonaire et pleurale, éclairée à l'éblouissante lumière de la nouvelle découverte, sortit enfin du chaos dans lequel elle était restée plongée jusqu'alors. C'est encore à cet homme que nous sommes redevables d'une conception exacte de la tuberculose.

TRAITÉ DES MALADIES

DE

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR

Le Docteur H. DE BRUN

Professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth,
Médecin de l'hôpital français,
Médecin Sanitaire de France,
Ancien Interne des hôpitaux de Paris,
Ancien Chef des travaux anatomiques au laboratoire de la clinique médicale de la Pitié,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de la Société Clinique
et de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

TRADUIT SOUS LA DIRECTION DE L'AUTEUR

PAR

Khirallah Farage Sfayr

Externe de l'hôpital français de Beyrouth.

Ouvrage publié avec approbation du Conseil de l'instruction publique

BEYROUTH, IMPRIMERIE CATHOLIQUE S. J. 1838.

PATHOLOGIE INTERNE